

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

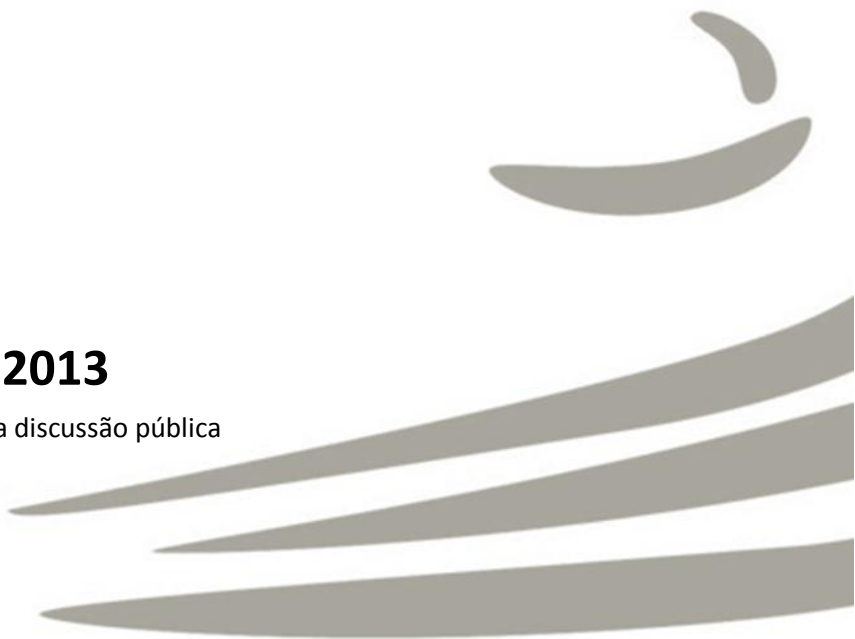
#### **em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção em Enfermagem Oncológica**

#### **O Doente Oncológico em Fim de Vida e sua Família: Ações Paliativas de Enfermagem num Serviço de Medicina Interna**

**Andreia Cristina Antunes Casteleiro Lameira**

**2013**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção em  
Enfermagem Oncológica**

**O Doente Oncológico em Fim de Vida e sua  
Família: Ações Paliativas de Enfermagem num  
Serviço de Medicina Interna**

**Andreia Cristina Antunes Casteleiro Lameira**

**Professora Antónia Maria Espadinha**

**2013**



*“ Por vezes, no espaço de dias, graças à ajuda de uma presença que permite que o desespero e a dor se exprimam, os doentes entendem a sua própria vida, apropriam-se dela, manifestam a sua verdade. Descobrem a liberdade de aderir a si próprios. É como se, na altura em que tudo finda, tudo se libertasse, por fim, do amálgama das penas e das ilusões que impedem de nos pertencermos. O mistério de existir e de morrer não fica de modo algum esclarecido, mas é plenamente vivido”.*

FRANÇOIS MITERRAND (2002)

## **AGRADECIMENTOS**

À Sr.<sup>a</sup> Professora Antónia Maria Espadinha, pela sua orientação pedagógica constante, pelas suas palavras de incentivo ao longo do caminho percorrido.

À Enfermeira Sandra Neves e Enfermeira Fátima Oliveira pelo apoio, disponibilidade e por alimentarem o meu gosto no Cuidar em fim de vida com as intervenções realizadas.

Aos restantes Profissionais de Saúde com os quais tive o privilégio de interagir durante este percurso e que complementaram o meu Saber.

A todos os doentes e famílias que me ensinaram a experienciar sentimentos únicos e inesquecíveis.

Aos meus colegas e amigos pela ajuda, pela presença e pela força transmitida nos momentos de maior desânimo.

Aos meus pais por todo o suporte e apoio incondicional.

Ao Zé, pelo carinho, pela amizade, pelas palavras constantes de incentivo, por estar sempre lá quando precisei.

À Maria Inês e à Alice, um pedido de desculpa se, em algum período, estive mais ausente e um agradecimento especial pela alegria, pelos sorrisos, pelo conforto e bem-estar que me proporcionam.

**OBRIGADA!**

## **LISTA DE SIGLAS**

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CME – Curso de Mestrado em Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

EAPC – *European Association for Palliative Care*

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EHSCP – Equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos

EO – Enfermagem Oncológica

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment System*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SMI – Serviço de Medicina Interna

UAD – Unidade de Assistência Domiciliária

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

## RESUMO

Comprovada uma ineficácia dos tratamentos para a doença oncológica, a manutenção da qualidade de vida e do bem-estar do doente e família são prioritários. A evidência científica demonstra que as respostas nacionais em termos de equipas específicas de CP estão muito aquém das necessidades existentes, levando a que uma percentagem ainda elevada de doentes com necessidades destes cuidados continuem a ser internados e a morrer em hospitais que estão vocacionados para o tratamento de doenças agudas. Sensibilizar os serviços e apostar na formação dos enfermeiros sobre o Cuidar em fim de vida assume-se como uma necessidade.

Este relatório pretende evidenciar o percurso para atingir o objetivo geral: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, tendo sido sustentado na Filosofia de Patrícia Benner e nos Princípios e Filosofia dos CP. Como metodologia destaca-se uma revisão atualizada da literatura recorrendo às bases de dados EBSCO – CINAHL, MEDLINE e MEDICLATINA e aos motores de busca de dados da Google. Os ensinamentos clínicos efetuados em unidades de diferentes níveis de diferenciação em CP (UAD e UCP); o registo da prática reflexiva segundo o Ciclo de *Gibbs*; a realização de sessões de informação aos pares, de um estudo de caso e de uma sessão de *Journal Club*, foram estratégias utilizadas.

Este percurso revelou-se fundamental para a promoção da capacidade de resposta da equipa de Enfermagem à implementação de ações paliativas, potenciada pela incrementação de um guia orientador de boas práticas para o controlo sintomático.

Obtiveram-se ganhos pessoais, profissionais e para a unidade alvo dos cuidados, determinantes para a humanização dos cuidados que são prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família num serviço de internamento de agudos.

Palavras-chave: doente oncológico, família, cuidados paliativos, ações paliativas, Enfermagem.

## ABSTRACT

Proven the inefficiency of the treatments for oncological disease, the maintenance of quality of life and well-being of the patient and family are a priority. Scientific evidence shows that national responses in terms of specific palliative care teams are far short of the existing needs, leading to a high percentage of patients with needs of such specific care to continue to be hospitalized and die in hospitals whose principal main is the treatment of acute diseases. Promote the empowerment of the services and invest in nursing training focused on End-of-life Care is essential.

This report aims to highlight the way to achieve the overall goal: to develop technical, scientific and relational, in the area of specialized nursing care to oncology patients at end of life and their families, having been sustained in *Philosophy of Patricia Benner and Principles and Philosophy of Palliative Care*. Methodology stands out as a review of the literature using the database EBSCO - CINAHL, MEDLINE and MEDICLATINA and search engines Google's data. The clinical teaching units made in different levels of differentiation in palliative care (UAD and UCP); the registration of reflective practice according to the Gibbs Cycle; conducting information sessions of a case study and a Journal Club session, with other nurses, were used strategies.

This course of action becomes vital for promoting the Nursing Team implementation of palliative actions responsiveness, enhanced by incrementing a best practice guide for symptomatic control.

Determinant gains were obtained not only in the personal and professional levels, but also in the target unit care, in the humanization of the care that is provided to oncology patients at end of life and their families in acute inpatient service.

Keywords: cancer patient, family, palliative care, palliative actions, Nursing.

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1-QUADRO CONCEPTUAL</b>	21
1.1- Realidade dos Cuidados Paliativos	21
1.2- Filosofia e Princípios dos Cuidados Paliativos	25
1.3- O Doente Oncológico em Fim de Vida e sua Família	28
1.4- O Enfermeiro em Cuidados Paliativos	31
<b>2-ANÁLISE REFLEXIVA DO CAMINHO PERCORRIDO</b>	33
2.1- Unidade de Assistência Domiciliária de um Hospital de Especialidade de Lisboa e Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital de Gestão Privada de Lisboa	35
2.2- Serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa	53
<b>3-IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b>	63
<b>4-CONCLUSÃO</b>	65
<b>5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	67
<b>APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice 1-</b> Reflexão crítica n.º1 realizada no contexto do Ensino Clínico na UAD (metodologia do Ciclo de <i>Gibbs</i> )	76
<b>Apêndice 2-</b> Reflexão crítica n.º2 realizada no contexto do Ensino Clínico na UCP (metodologia do Ciclo de <i>Gibbs</i> )	87
<b>Apêndice 3-</b> Reflexão crítica n.º3 realizada no contexto do Ensino Clínico na UAD (metodologia do Ciclo de <i>Gibbs</i> )	99
<b>Apêndice 4-</b> Plano da sessão do <i>Journal Club</i>	108
<b>Apêndice 5-</b> Documento da sondagem de opinião aos pares do SMI	112



<b>Apêndice 6-</b> Pedido de autorização à Direção de Enfermagem da aplicação da sondagem de opinião	118
<b>Apêndice 7-</b> Plano da sessão de informação: “O doente oncológico em fim de vida e sua família: ações paliativas de Enfermagem num serviço de Medicina Interna”	121
<b>Apêndice 8-</b> Plano da sessão de informação: “O doente oncológico em fase agónica”	125
<b>Apêndice 9-</b> Reflexão crítica n.º4 realizada no contexto do Ensino Clínico no SMI (metodologia do Ciclo de <i>Gibbs</i> )	129
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1-</b> Artigo utilizado para <i>Journal Club</i>	141
<b>Anexo 2-</b> Autorização da Direção de Enfermagem para aplicação da sondagem de opinião	148

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Página</b>
<b>Gráfico 1</b> – Necessidades de formação identificadas pelos Enfermeiros de um serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa, com base nos dados obtidos com a aplicação da sondagem de opinião.	56

## INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida com consequente envelhecimento populacional, o desenvolvimento tecnológico, o urbanismo, as mudanças estruturais das dinâmicas familiares e a aposta nas medidas políticas e sociais, têm contribuído para o aumento das doenças crónicas a nível mundial. Associado a estas mudanças está o aumento da prevalência de estilos de vida pouco saudáveis (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, stress, entre outros) que são fatores de risco para o aparecimento de doenças de duração prolongada e progressão lenta, adquirindo o seu carácter de cronicidade. A doença oncológica representa uma fatia destas doenças crónicas, tendo profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007-2010).

O cancro é a segunda causa de morte a nível mundial (Organização Mundial da Saúde- OMS, 2008), assim como em Portugal representando cerca de 26% das mortes (OMS,2008) onde apenas as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares se sobrepõem. Por este motivo, a Oncologia é encarada como uma área prioritária de intervenção, organização e formação no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, onde são definidas algumas intervenções que poderão no futuro traduzir ganhos em saúde nomeadamente a adoção de estilos de vida saudáveis, o controlo de fatores de risco, a adesão aos rastreios e ações de diagnóstico precoce e a aposta numa cultura de participação ativa e de responsabilização pela própria saúde.

Quando o cancro está diagnosticado e há uma ineficácia comprovada dos tratamentos há muito para fazer no sentido de proporcionar qualidade de vida e bem-estar ao doente e sua família. A OMS (2007) editou um guia prático para gestores relativamente à implementação de programas eficazes de cuidados paliativos (CP) oncológicos, defendendo que estes são uma necessidade urgente e humanitária, de natureza global para as pessoas com cancro.

Desde há 12 anos que exerço a minha atividade profissional num Serviço de Medicina Interna, sendo frequente os cuidados prestados aos doentes oncológicos nas várias fases da sua doença, onde estão incluídos os cuidados em fim de vida. Tenho acompanhado a

confrontação do doente oncológico e família com a situação de fim de vida, bem como com as suas vivências físicas, psicológicas, sociais e espirituais de sofrimento e muitos foram os momentos em que senti dificuldades em lidar com estas situações. Atribuo esta dificuldade ao facto de não possuir competências que me ajudem a lidar com estes momentos. Sapeta (2011, p.1) afirma que:

como enfermeiros devemos Cuidar o “nascer” e o “morrer” com idêntica preocupação e qualidade, se não existem argumentos para rebater as competências específicas necessárias ao enfermeiro que assiste no momento do nascimento, o mesmo se impõe no que diz respeito ao da morte.

Paralelamente existe uma forte motivação pessoal para a área dos cuidados em fim de vida que se intensificou ao longo da minha experiência profissional, tendo em conta as histórias singulares e totais que me deixaram aqueles de quem cuidei em fase terminal. Foram exemplos de vida em que atitudes, medos e situações mal resolvidas fizeram emergir diferentes perspetivas de sofrimento. Ao contrário de outros pares, penso que consigo aceitar com tranquilidade a inevitabilidade da morte mesmo estando na área da prestação direta de cuidados num serviço de internamento de doentes agudos onde predomina a cultura curativa. A grande dificuldade por mim sentida dizia respeito ao momento antes da morte, a forma como devia lidar com o doente e com a sua família, garantindo nesta fase final da vida dignidade e bem-estar total. É desta inquietação que surge o meu projeto de estágio, tendo-me proposto a desenvolver conhecimentos e competências relacionadas com ações paliativas que me permitissem dar resposta à seguinte questão:

- Que estratégias podem ser aplicadas pela equipa de Enfermagem de um Serviço de Medicina Interna, por forma a otimizar os cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família?

O presente relatório de estágio está inserido no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem (CME) na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na opção em Enfermagem Oncológica (EO) e tem como objetivos:

- Demonstrar, pela descrição do caminho percorrido nestes últimos seis meses, a capacidade de reflexão e análise crítica nas experiências de aprendizagem efetuadas;

- Descrever o contributo dos ensinamentos clínicos na aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização em questão e que permitiram o meu desenvolvimento pessoal e profissional;
- Evidenciar as implicações práticas consequentes da minha intervenção junto dos pares como contributo para a melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

Nos últimos anos a forma como a sociedade encara a morte tem vindo a sofrer alterações. As novas condições de vida e de habitação, a família nuclear reduzida, o afastamento geográfico dos membros de uma mesma família, o isolamento em que se vive, fazem com que cada vez mais e principalmente nos meios rurais se morra longe do meio familiar, nomeadamente nos hospitais (Sapeta, 2011). “A morte como acontecimento da vida passou do domínio familiar para o domínio dos profissionais de saúde” (Macedo, 2011, p. 15). O lugar da morte é um importante indicador social de qualidade no Cuidar de doentes terminais e respeitar os desejos da morte é uma característica fundamental de excelência do Cuidar em fim de vida (Houttekier, Cohen, Bilsen, Addington-Hall, Onwuteaka-Philipsen e Deliens, 2009).

Sapeta (2011) considera que nesta área do Cuidar em fim de vida, o medo da morte é a razão para a adoção de algumas medidas que levam à obstinação terapêutica, retirando a qualidade de vida e aumentando o sofrimento da pessoa que está a morrer. É necessário integrarmos a morte na vida tomando consciência de que os que estão a morrer são os nossos melhores mestres sobre o significado da morte e da vida (Macedo, 2011).

apesar de difícil, todo o acompanhamento e humanização dos cuidados ao doente em fase terminal pode ser considerado a pedra basilar para que a morte adquira um outro estatuto na nossa sociedade, deixando de surgir como um factor gerador de doença naqueles que acompanham o seu desenrolar para surgir de facto como algo natural, implicando a ajuda de toda uma comunidade para podermos alcançar experiências de vida e de morte mais satisfatórias (Macedo, 2011, p. 18).

Embora a filosofia e os princípios dos CP esteja legislada, em Portugal, a sua evolução tem ocorrido a um ritmo muito lento comparativamente a outros países da Europa. Marques et al (2009) apontam alguns aspetos que justificam o anteriormente referido como sendo, o forte

domínio da medicina hospitalar curativa, a falta de formação específica e a hegemonia do Serviço Nacional de Saúde. Num estudo de 2007 do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Capelas afirma que em termos de unidades de internamento de CP estamos próximos dos 10% das necessidades existentes. A Lei de Bases dos CP (2012) faz menção a cinco motivos que poderão estar na origem deste crescimento lento: 1) a escassez de valências face às recomendações internacionais, nomeadamente da OMS, 2) a assimetria na distribuição regional, 3) o tempo de espera prolongado para ter acesso aos cuidados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 4) o financiamento insuficiente e desajustado para as diferentes tipologias de doentes existentes em CP e 5) a falta de formação específica, bem como a falta de dotação de recursos humanos suficientes.

Capelas (2008), efetuando uma estimativa de doentes que necessitaram de CP em 2007 aponta para uma percentagem de 60%, representando em termos necessidades de equipas específicas de CP um número muito aquém do existente. Desta forma, uma percentagem ainda elevada de um número de doentes com necessidades de CP continuam a ser internados e a morrer em hospitais que estão vocacionados para o tratamento de doenças agudas. Salienta ainda que, embora tenha vindo a haver uma crescente aposta na formação pré e pós graduada na área dos CP, as equipas hospitalares vocacionadas para prestar estes cuidados ainda são insuficientes. Moreira (2006, p. 43) afirma que:

(...) a maioria dos doentes terminais que ingressam nos hospitais gerais ou oncológicos, não recebem cuidados inerentes ao doente em fase terminal e com a qualidade desejável, sendo tratados como doentes curáveis, em que continuam a ser habituais situações de encarniçamento terapêutico, predominando a ideia de que os cuidados com utilização de tecnologia sofisticada são sinónimo de uma atenção de qualidade.

Os profissionais de saúde estão mais preparados e motivados para enfrentar a doença e tratá-la, evitando a morte, do que para prestar cuidados ao doente em fim de vida (Pacheco, 2004).

A doença oncológica causa também mudanças significativas no seio familiar, implicando mudanças nos papéis desempenhados até ao momento. Também estes são alvo de medos, ansiedades e sofrimento. O seu acompanhamento deve ser uma das preocupações da equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro está incluído. Este deve considerar a família como sujeito

dos cuidados em simultâneo com o doente (Moreira, 2006), tal como é defendido pelos princípios dos CP e pela OMS.

As famílias têm necessidades próprias, às quais devemos estar atentos para dirigir a nossa ação. Deparam-se com a desmoralização, a ameaça, o desamparo e a perda de sentido destacando-se a sobrecarga física, o isolamento, a insegurança e preocupações práticas do Cuidar. O suporte educativo é essencial para que estes se sintam capazes de cuidar do seu familiar em casa. No entanto a evidência demonstra que na fase final de vida, devido a esta insegurança referida e mesmo não sendo vontade dos doentes, a ida para o hospital é a solução encontrada e à qual recorrem com grande facilidade (Araújo, Araújo, Souto & Oliveira, 2009; Ferreira, Sousa e Stuchi, 2008). Seria importante que as equipas hospitalares tivessem formação mais específica em CP, para apoiar estas famílias em termos de suporte emocional (Inocenti, Rodrigues e Miasso, 2009), assim como para dar a informação necessária para que adquiram segurança no Cuidar o seu familiar no domicílio (se tal acontecimento se verificar). Urge a necessidade de sensibilizar os serviços e apostar na formação dos enfermeiros sobre o Cuidar em fim de vida. Neste sentido, o enfermeiro como profissional de saúde tem o compromisso e responsabilidade de dar resposta às necessidades de cada doente e sua família, proporcionando-lhes apoio, compreensão e afetividade no momento de maior vulnerabilidade que é o de enfrentar a doença e o caminho da terminalidade (Santos, Lattaro e Almeida, 2011).

É por tudo o que foi referido e fundamentado, que considero que a implementação de ações paliativas no SMI onde exerço funções, será um contributo para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes oncológicos em fim de vida e sua família.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos- PNCP- (2010-2016, p. 7) entende por ação paliativa

(...) qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.

A descrição da análise e reflexão da minha conduta, pretende espelhar uma prática de cuidados contextualizada e fundamentada na filosofia e nos princípios dos CP e na filosofia de Patrícia Benner. Na filosofia e nos princípios dos CP por se basearem nas necessidades e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, podendo ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença, mesmo quando outras terapêuticas (com finalidade de prolongar a vida) estejam a ser utilizadas (PNCP, 2010-2016). Os princípios que defende são de extrema relevância permitindo dignificar até ao fim a pessoa doente e a sua família, aliviando o seu sofrimento total. Esta é uma condição indispensável para a prática de cuidados num serviço de internamento de doentes agudos que também recebam doentes em fim de vida.

Na filosofia de Patrícia Benner (2001) por evidenciar domínios e competências da prática de Enfermagem essencialmente identificados por enfermeiras peritas e, pela valorização que dá à aprendizagem experiencial. A autora defende que é através desta prática que aprendemos a lidar com os outros nos seus vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento. Reforça ainda que a experiência é necessária para atingir a perícia (Benner, 2001).

A forma como lidamos com o Cuidar e o concetualizamos condiciona a nossa atuação no domínio da Enfermagem. Para Benner (2001, p. 16): “compreender o Cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o Cuidar excelente requer.”

Nos seus pressupostos faz menção a cinco estados de perícia: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças que se introduzem aquando da aquisição de uma competência (Benner, 2001). Perante a presente temática, acrescido da minha experiência profissional e, tendo em conta os referidos pressupostos, na fase de projeto considerei-me no nível de competente, uma vez que diante de um doente em fim de vida tinha alguma formação pessoal, académica e em estudos avançados que me deram bases para saber Cuidar bem e fazer frente a muitos imprevistos. No entanto necessitava de olhar para estas situações na sua globalidade e o mais profundamente possível, tendo-me proposto atingir, no final desta unidade curricular, o estado de proficiente ou o estado de perita dependendo das atividades que iria desenvolver e das experiências que os ensinamentos clínicos me proporcionariam.



Apercebo-me que Cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família em contexto hospitalar requer experiência, maturidade pessoal e um bom julgamento clínico que passa por refletir na e sobre as ações de forma consciente, tendo sempre presente que aquele doente é uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades (Benner, 2001).

Com a experiência e o seu domínio, a competência transforma-se conduzindo a um melhoramento das atuações dos profissionais. A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas para Benner (2001), a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.

Também a *European Oncology Nursing Society* (EONS) (2005) valoriza a aprendizagem baseada na prática e na experiência assumindo-a como central para o conhecimento profissional afirmando que a diversidade de experiências pode contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem Oncológica.

Como futura Mestre e Enfermeira Especialista e, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, a obtenção de competências na área do Cuidar em fim de vida assume-se como fundamental.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2003, p. 166):

enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

O Caderno temático n.º 2 do Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, p.10), referente ao Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem, acresce à anterior definição de enfermeiro especialista, o ser detentor de:

(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Para atingir o título anteriormente definido era necessário adquirir competências clínicas especializadas, às quais estão subjacentes as competências comuns para o Enfermeiro Especialista e que dizem respeito à responsabilidade profissional, ética e legal; à melhoria contínua da qualidade; à gestão dos cuidados e às aprendizagens profissionais (OE, Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, artigos 5,6,7 e 8). A presente temática tem uma maior incidência nas competências relativas à melhoria contínua da qualidade.

Com a finalidade de otimizar os cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, baseando-me no plano de estudos do 2º ciclo da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no sistema de individualização de especialidades em Enfermagem da OE (2007) e no Core Curriculum do Curso de Pós-Graduação em EO da EONS (2005), espelhando um imperativo ético que promove os direitos fundamentais dos doentes, nomeadamente em fim de vida, proponho-me a desenvolver competências que me permitam ser uma profissional que:

- Presta cuidados de Enfermagem especializados ao doente em fim de vida e sua família, segundo os princípios e a filosofia dos CP;
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com o doente em fim de vida e sua família;
- Age como dinamizadora junto da equipa de Enfermagem no que concerne à implementação de estratégias que visam a prestação de ações paliativas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

Para atingir estas competências selecionei como pertinentes os seguintes locais para realização de ensinamentos clínicos: uma unidade de assistência domiciliária (UAD) de um hospital de especialidade na área de Lisboa, uma unidade de cuidados paliativos (UCP) de gestão privada na área de Lisboa e um SMI de um Centro Hospitalar em Lisboa. A preferência por uma UAD justificou-se por uma motivação interior em perceber como se cuida do doente em fim de vida e sua família no domicílio. Por ser algo mais pessoal para o doente e família, possivelmente a riqueza da informação seria maior, assim como as necessidades verbalizadas pelos mesmos. A comunicação foi uma área que me propus desenvolver. Ao frequentar este ensino clínico, considereei que posteriormente em contexto hospitalar estaria mais desperta

para o que é Cuidar destes doentes no domicílio, tendo mais atenção e cuidado com os familiares e as suas necessidades. Considerei ser importante conhecer a realidade exterior e como tudo se desenvolve para além do contexto hospitalar. Relativamente à opção pela UCP, deveu-se ao facto de ser uma unidade de internamento específica, na qual procuraria aprofundar os meus conhecimentos e adquirir competências na área do Cuidar em fim de vida, no sentido de as mobilizar para o meu contexto de trabalho, traduzindo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Finalmente o SMI, um ensino clínico realizado em contexto de trabalho no qual mobilizei os conhecimentos adquiridos no exterior, sensibilizando a restante equipa de Enfermagem para a problemática do Cuidar o doente oncológico em fim de vida e sua família, através do desenvolvimento de estratégias para Cuidar destes e da implementação de possíveis ações paliativas. As atividades foram desenvolvidas no período de 4 de Novembro de 2012 a 22 de Março de 2013 perfazendo um total de 456 horas em ensinos clínicos, cerca de 152 horas em cada local selecionado.

Delimitei como objetivo geral desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

Como objetivos específicos foram delineados:

- Integrar a equipa de Saúde da UAD e da UCP nas atividades desenvolvidas na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família;
- Identificar os sintomas descontrolados no doente oncológico em fim de vida, integrando conhecimentos avançados para a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;
- Interagir com a família do doente oncológico em fim de vida de forma a identificar as necessidades alteradas, desenvolvendo estratégias que as satisfaçam para uma melhor adaptação a esta fase da doença;
- Identificar as necessidades da equipa de Enfermagem do SMI relativamente ao Cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família;

- Implementar estratégias que promovam as capacidades de resposta da equipa de Enfermagem do SMI no que respeita ao Cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família.

Ao longo deste relatório, evidencio que embora Patricia Benner na sua filosofia utilize o termo “*patient*” que significa “pessoa doente ou que sofre”, por uma questão de uniformização da terminologia e de complementaridade com a filosofia dos CP, abordarei a pessoa alvo dos cuidados com a expressão “doente” adotando como referencial o PNCP.

No sentido de conduzir o leitor, este documento encontra-se estruturado por capítulos. O primeiro corresponde à introdução onde evidencio a justificação e contextualização da problemática, o quadro referencial, assim como as competências e os objetivos geral e específicos que pretendo atingir. No segundo capítulo constará o quadro conceitual que considere pertinente para dar suporte à problemática em estudo, daí estar dividido por subcapítulos. Segue-se o capítulo da análise reflexiva e fundamentada do caminho percorrido, onde evidenciarei a metodologia utilizada e as atividades desenvolvidas em cada ensino clínico para atingir os objetivos delineados, recorrendo sempre para a sustentação à prática baseada na evidência. Num quarto capítulo faço menção às implicações que todo este percurso teve para a minha prática em termos de aprendizagem e o que pode ser feito futuramente. Finalizo com a conclusão dando uma visão geral do que atingi neste percurso, evidenciando os ganhos que refletem uma melhoria da minha prestação de cuidados. Como suporte serão apresentadas as referências bibliográficas, assim como os anexos e apêndices elaborados para as atividades desenvolvidas.

## **1- QUADRO CONCETUAL**

Este capítulo aborda o quadro teórico resultante de uma pesquisa atualizada da literatura por forma a sustentar a problemática identificada anteriormente e que suportou o percurso dos ensinamentos clínicos. Está organizado por subcapítulos permitindo uma facilidade na leitura assim como uma simples acessibilidade aos temas abordados por parte do leitor, sendo eles: 1- Realidade dos CP onde farei referência à emergência dos CP, à sua situação na atualidade portuguesa e internacional destacando as medidas políticas mobilizadas e os conteúdos programáticos existentes; 2- Filosofia e princípios dos CP onde constarão definições de CP, os princípios por que se regem, os seus componentes fundamentais e as áreas centrais de intervenção; 3- O doente oncológico em fim de vida e sua família, fazendo referência aos modelos de atuação e às necessidades de cada um dos intervenientes e 4- O enfermeiro em CP, enquadrando-o na legislação em vigor e evidenciando o seu papel fulcral no cuidado ao doente oncológico em fim de vida e sua família, dando destaque à relevância e pertinência de implementação de ações paliativas.

### **1.1- Realidade dos cuidados paliativos**

O movimento moderno dos CP vem reintroduzir a morte como um processo natural. Segundo Pacheco (2004, p. 103): “os cuidados paliativos surgiram do sentimento de impotência comum aos profissionais de saúde face a doentes reconhecidos como incuráveis e da sua preocupação em lhes prestar cuidados adequados durante o final da vida.” Para Magalhães (2009,p. 71):

começa a emergir uma visão da morte e do morrer que procurava encorajar os conceitos de dignidade e sentido, originando uma nova abertura acerca da situação terminal dos doentes. Verifica-se o aparecimento de uma abordagem activa nos cuidados aos doentes em fim de vida, assente numa determinação em encontrar novas formas de continuar a cuidar até ao fim da vida contrariando a resignação fatalista da atitude de que “já não há nada a fazer”.

Em 1940, Cicely Saunders interessa-se pelos cuidados aos moribundos constatando que os tratamentos para aliviar a dor crónica são insuficientes. Em 1958 faz a sua primeira

publicação num artigo acerca de quatro doentes com cancro em fase avançada, no qual relatava uma sequência de ideias que vão ser fundamentais e centrais para os modernos CP, sendo elas: a) os cuidados de enfermagem, b) o estadiamento da doença oncológica, c) a dor, d) a necessidade de cuidados físicos adequados, em simultâneo com o suporte espiritual e psicológico (Fradique, 2010).

Cicely Saunders, na década de 60 foi reconhecida como fundadora do movimento dos CP, fundando em 1967 o *Saint Christopher's Hospice* (onde eram acolhidos os doentes em fase terminal), originando o movimento dos *Hospices* ingleses. Esta filosofia dos cuidados, que tinha como particularidade envolver profissionais de diferentes formações e integrar o suporte dos familiares/doentes em todo o processo, alargou-se a outros hospitais conduzindo o movimento dos CP a implementar-se rapidamente nos Estados Unidos da América (onde Elisabeth Kübler-Ross teve um forte contributo), no Canadá e só mais tarde no resto da Europa.

A origem da palavra paliativo está associada ao verbo latino *palliare* que significa manto ou capa (proteção). Segundo Magalhães (2009, p. 78): “até cerca de 1980, os cuidados paliativos eram conhecidos como cuidados terminais e estavam indissociavelmente ligados às unidades de oncologia e ao período imediatamente antes de a morte ocorrer.” No entanto, esta visão redutora do âmbito de intervenção dos CP foi abrangendo outras fases do doente em fim de vida e não só. Neto (2010, p. 15) introduz a ideia de que:

não são só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber estes cuidados. A existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção dos cuidados paliativos.”

“Os Cuidados Paliativos, em Portugal, são uma actividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado”. (Marques et al 2009, p. 32). Em Portugal até 1992 não há referência a qualquer organização estruturada de CP. O Hospital do Fundão foi pioneiro ao dedicar-se a esta problemática em 1992, em contexto hospitalar. A nível comunitário, o Centro de Saúde de Odivelas iniciou em 1996 a sua atividade enquanto equipa domiciliária de Cuidados Continuados, que incluíam a prestação de CP.

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010), citando o estudo *Palliative Care Facts in Europe* (2005), os recursos existentes em Portugal continental à data eram escassos e sem modelo de organização homogéneo, nem instrumentos normalizados na sua gestão. Esta realidade foi acompanhada por uma iniciativa governamental, que conduziu ao desenvolvimento de Políticas de Saúde e que resultaram na criação do PNCP em 2004, tendo sido o primeiro contributo relevante do governo português nesta área. Este plano surge com o objetivo de fornecer uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar os doentes em fase final de vida.

Em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) homologada pelo Decreto-Lei nº 101/ 2006

instituinte a colaboração dos ministérios da saúde e da segurança social na obrigação dos cuidados de saúde às pessoas com doenças crónicas incapacitantes e ainda com doenças incuráveis na fase avançada e no final de vida. Esta legislação de grande importância veio reconhecer o direito inalienável à prestação dos Cuidados Paliativos. (Marques et al, 2009, p. 34).

Em 2008, verifica-se a necessidade de reformular o PNCP tendo em conta o diagnóstico de situação dos CP em Portugal, a criação da RNCCI assim como a influência dos CP a nível internacional. O PNCP (2010-2016) recomenda um modelo organizativo que inclui hospitais, RNCCI e cuidados primários e que compreende: a) combinação de medidas gerais realizadas em serviços convencionais com a atividade de serviços específicos; b) intervenção de equipas e serviços específicos baseada nas necessidades, na complexidade e pedidos e não apenas no prognóstico e c) intervenção preventiva, flexível e partilhada de equipas e serviços específicos.

Este programa também organiza e planeia os CP de acordo com níveis de diferenciação: a) ação paliativa que representa o nível básico de palição e corresponde genericamente à prestação de ações paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas; b) CP Nível I que são prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em CP. Estruturam-se habitualmente como equipas intra-hospitalares ou domiciliárias de suporte em CP; c) CP Nível II que são prestados em unidades de internamento próprias ou no domicílio

por equipas multidisciplinares alargadas com formação diferenciada e em que os elementos com funções de chefia ou coordenação têm formação avançada em CP e garante a disponibilidade de apoio durante 24 horas e d) CP Nível III que acrescem às características dos CP Nível II o facto de assumirem referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação. Assumem-se como unidades de referência com capacidade de resposta a situações de elevada exigência e complexidade.

Desta forma, os CP organizam-se nas seguintes tipologias: a) UCP que se caracterizam por ter um espaço físico próprio para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva; b) Equipa intra-hospitalar de suporte em CP (EIHSCP) que tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em CP aos serviços do hospital, podendo também prestar cuidados diretos e orientação para aplicação de um plano individual de intervenção aos doentes internados com necessidade de CP em que seja solicitada a sua intervenção e c) Equipa comunitária de suporte em CP que tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em CP às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa duração e manutenção.

Também se assume de “grande importância a promoção de redes de colaboração civil, estimulando o voluntariado adequadamente formado e onde se possam prever os contributos que organizações não-governamentais e associações peritas no cuidado e apoio de doentes e famílias poderão prestar” (PNCP, 2010-2016, p. 19). Em Portugal existe a Associação Portuguesa de CP (APCP) que tem o papel de dinamizar os CP junto dos profissionais e da população em geral.

Tal como já referido no capítulo anterior Portugal está muito aquém de fazer face às necessidades dos doentes paliativos e suas famílias, ainda existindo uma discrepância nas práticas e uma desvalorização e menorização do trabalho efetivo em CP. Neto (2010) embora reconhecendo a procura crescente de formação em CP por parte dos profissionais de saúde, aponta como barreiras ao seu desenvolvimento em Portugal a forte predominância da cultura curativa, a hegemonia do serviço nacional de saúde, questões de índole política e a inexistência de clareza na utilização de conceitos, levando a que alguns profissionais de saúde



confundam cuidados continuados com CP. Este último aspeto leva a que os cuidados oferecidos possam não ir ao encontro das necessidades daqueles doentes e famílias.

Também na Europa existem diferentes modelos de organização de CP, bem como diferenças na disponibilidade de serviços e sua qualidade. A falta de padrões unificados traduz a necessidade de um consenso profissional sobre o que constitui qualidade em CP. A OMS assume os CP como parte integrante de todos os serviços de saúde. Desta forma a *European Association for Palliative Care* (EAPC, 2009 e 2010) elaborou o “Livro Branco” (trad. do autor) que contempla normas e padrões de qualidade para os CP na Europa, assim como recomendações para uma terminologia comum.

## **1.2- Filosofia e princípios dos cuidados paliativos**

A filosofia dos CP tem-se desenvolvido progressivamente e é perspectivada como um direito humano (Neto, 2010). Para a OMS é uma prioridade de Política de Saúde. O PNCP (2010-2016) referindo-se ao Conselho da Europa (2003) faz menção à importância da prevenção da solidão e do sofrimento, realçando o facto de todo o ser humano ter direito a ser apoiado e assistido na fase final da vida.

Em 2002 a OMS define CP como cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como é exemplo a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. Para Twycross (2003, p. 16) são: “...cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida.” A APCP acrescenta às anteriores definições a combinação de ciência e humanismo. São cuidados intensivos de conforto, constituindo uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado (PNCP, 2010-2016). Regem-se por alguns princípios que estão mencionados na Lei de Bases dos CP (2012), como sendo: a) afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica nem

encurtado deliberadamente, b) aumento da qualidade de vida do doente e sua família, c) prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de CP aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados, d) multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na prestação de CP, e) conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas, f) consideração pelas necessidades individuais dos pacientes, g) respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas e i) continuidade de cuidados ao longo da doença.

Para Twycross (2003) os CP não se limitam ao alívio dos sintomas físicos, procurando integrar os aspetos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, de modo a que os doentes se possam adaptar à sua morte iminente da forma mais completa e construtiva possível. Assumem como alguns componentes fundamentais a reabilitação como forma de proporcionar qualidade de vida aos doentes, ajudando-os a atingirem o seu potencial máximo em termos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, o trabalho em equipa onde o objetivo máximo é o bem-estar global do doente e da sua família, a aliança terapêutica que está na essência dos CP e representa a relação entre a equipa de cuidados, o doente e sua família), a qualidade de vida tendo que existir o cuidado de efetuar uma gestão das expectativas realistas. Quando as aspirações de um doente são atingidas e preenchidas por uma situação atual, existe boa qualidade de vida e a reconciliação que diz respeito às relações corretas consigo mesmo, com os outros, com o ambiente e com Deus, podendo atingir patamares da espiritualidade) (Twycross, 2003).

Desta forma, consideram-se como áreas fundamentais e centrais, o controlo de sintomas, o trabalho em equipa interdisciplinar, a comunicação adequada e o apoio à família. Para Neto (2010, p. 6): “estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspectiva de igual importância, pois não é possível praticar cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada”.

O controlo de sintomas passa por uma avaliação correta das necessidades do doente. Este pode ser efetuado por medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas (que se baseiam em medidas gerais de conforto). Em CP os sintomas mais frequentes são a dor, a dispneia, as náuseas e os vómitos, a agitação e a confusão mental (Sapeta e Lopes, 2008). Neto (2010) enuncia os princípios do controlo sintomático: a) avaliar e monitorizar corretamente os

sintomas; b) utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas não farmacológicas e farmacológicas); c) adequar a via de administração; d) antecipar as medidas terapêuticas fomentando uma atitude preventiva; e) estabelecer planos com o doente e família; f) dar uma explicação sobre a situação; g) reavaliar periodicamente; h) dar atenção aos detalhes e i) estar disponível.

O trabalho em equipa requer formação implicando uma aprendizagem que é enriquecida com o contributo de cada um dos membros que compõe essa equipa. Para existir eficácia numa equipa, esta deverá possuir algumas características: a) a existência de um objetivo comum com atribuição de responsabilidades e papéis; b) ter iniciativa e capacidade para tomar decisões; c) ter capacidade de comunicação num ambiente relaxado e informal no qual são efetuadas críticas de modo construtivo; d) ser flexível com um estilo de liderança participativo; e) ter rendimento de alta qualidade; f) reconhecer as contribuições individuais e de grupo e g) a existência de motivação traduzida num sentimento de satisfação pessoal e profissional (Bernardo, Rosado e Salazar, 2010). Este trabalho em equipa poderá conduzir a conflitos, havendo como desafio para os CP, a gestão destes de forma construtiva e criativa (Twycross, 2003).

Comunicar adequadamente constitui uma necessidade básica na atenção ao doente/família em CP, assumindo-se como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal (Querido, Salazar & Neto, 2010). Os profissionais deverão ser detentores de competências de comunicação, pois só desta forma se conseguirá que o doente e família se sintam seguros, apoiados e confiantes e assumam um papel ativo no processo da doença.

Em CP a unidade recetora de cuidados é o doente e sua família. Para Costa et al (2006, p. 106): “os familiares dos pacientes oncológicos em estágio avançado também são objectivo da terapêutica paliativa.” Estes familiares apresentam fortes sobrecargas físicas e emocionais. Uma família angustiada e insegura poderá transmitir ao doente os mesmos sentimentos, pelo que o apoio e o acompanhamento dos familiares do doente em fim de vida deve ser uma preocupação da equipa multidisciplinar (Pacheco, 2004).

Perante o referido importa reter que os CP são um direito de todos e parte integrante do Sistema de Saúde, previnem o sofrimento, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os lutos patológicos, requerem por parte dos profissionais formação específica, assentam numa intervenção multidisciplinar, procuram ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível e centram-se na dignidade da pessoa, aceitando a morte como uma etapa natural da nossa vida (Twycross, 2003; Neto, 2010; PNCP, 2010-2016).

### **1.3- O doente oncológico em fim de vida e sua família**

Quando nos referimos a um doente oncológico em fim de vida é importante ter presente que cada pessoa é um ser único e a forma como cada um lida com a situação também é singular. Apesar de possuírem a mesma tipologia de doença, a sua complexidade e a fase da evolução da doença podem ser diferentes implicando abordagens também diferentes e personalizadas. Capelas e Neto (2010) afirmam que a abrangência dos CP é mais ampla que a fase de doença terminal, uma vez que um doente pode carecer de CP não estando ainda numa situação de doença terminal, como é o caso de um sofrimento marcado.

Os modelos de atuação em CP evoluíram, sendo agora baseados nas necessidades e sofrimento do doente (e família) e não no prognóstico. Trata-se de um modelo integrado que “(...) preconiza uma coexistência entre as intervenções (...) curativas com as intervenções paliativas, sendo que, à medida que as necessidades dos doentes e a doença evoluem, também o peso intervencional de cada um se altera” (Capelas e Neto, 2010, p. 788). Na busca de uma melhoria contínua da qualidade preconiza-se que o modelo de intervenção específica em CP evolua para o modelo cooperativo com intervenção nas crises, ou seja, no qual exista uma “(...) permanente colaboração e articulação, com acessibilidade permanente aos dois tipos de intervenção, específica ou curativa e paliativa, desde o início do processo de doença” (Capelas e Neto, 2010, p. 789).

Por forma a dar uma resposta o mais dirigida possível às necessidades, ao sofrimento e à complexidade dos doentes e famílias, a Australian Sub-acute and Non- acute Patient Classification citada por Capelas e Neto (2010), identifica quatro fases paliativas: a) fase aguda na qual se verifica um desenvolvimento inesperado de um problema ou em que há um aumento significativo na gravidade dos problemas já existentes; b) fase de deteiorização definida por um aumento gradual dos problemas, sem que haja uma necessidade de alteração

súbita na condução da situação; c) fase agónica na qual a morte está iminente não se prevendo intervenções agudas e d) fase de estabilidade onde se inserem os doentes paliativos que não se revejam nas três fases anteriormente descritas. Esta classificação permite direcionar a intervenção dos profissionais de saúde, definindo objetivos específicos para cada uma das fases, gerindo sempre expectativas realistas e tentando diminuir o impacto da doença no doente e família.

A maioria dos doentes oncológicos em fim de vida, ao longo do seu processo de aceitação da doença e da inevitabilidade da aproximação da morte, passaram por diferentes fases, descritas por Kubler-Ross, como reações psicológicas à situação. São elas, a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação. Estas fases acarretam nos doentes sofrimento que não se caracteriza por ser só físico mas sim um sofrimento total, constituído para além da componente física, pela componente mental, emocional, sociocultural, social e espiritual (Barbosa, 2010). Desta forma torna-se evidente que como profissionais de saúde a nossa atuação perante estes doentes não passa somente pelo controlo de sintomas físicos, sendo importante e crucial o desenvolvimento de uma interação que dê também resposta, às necessidades psicológicas, sociais, económicas e espirituais.

A família quando tem um membro doente e em fim de vida, lida com esta situação de acordo com a sua cultura, os seus valores e crenças surgindo reações emocionais onde estão incluídas a desorganização, a ansiedade, a impotência, a tristeza, a angústia, a revolta, o vazio e a incerteza (Hanson, 2004; Apóstolo, Cunha, Cristo e Lacerda, 2004). O processo de doença implica na família um reajustamento da sua estrutura, dos papéis desempenhados e dos padrões de comunicação (Moreira, 2006).

A família do doente em fim de vida tem necessidades que devem ser avaliadas, identificadas e atendidas para que se possam definir estratégias de apoio adequado. Carvalho (2007) identificou algumas das necessidades da família do doente terminal, nomeadamente: a) informação e comunicação - a família estar informada contribui para o desenvolvimento de sentimentos de conforto e bem-estar, promovendo a aceitação da doença assim como a capacitação para lidar com a situação. Pacheco (2004) defende que uma das condições para se proporcionar apoio emocional ao doente, é atendendo às necessidades de informação e

comunicação com os membros da família; b) apoio emocional - “o apoio à família é parte integrante dos cuidados paliativos” (Twycross, 2003, p. 54). Uma família que se sinta apoiada e suportada pelos profissionais de saúde nas diferentes fases de adaptação à doença, tem menor probabilidade de passar por sentimentos de insegurança, solidão, ansiedade e depressão, evitando-se a rutura e exaustão familiar (Carvalho, 2007); c) apoio instrumental - a evidência demonstra que o apoio domiciliário assume grande relevância nas necessidades dos cuidadores familiares. O apoio, o acompanhamento e a formação destes são indispensáveis para os capacitar na satisfação das atividades de vida diárias do seu familiar doente; d) apoio financeiro - uma doença terminal poderá criar no seio familiar dificuldades económicas. O cuidador familiar poderá ter que deixar de trabalhar para dar resposta às necessidades do doente, manifestando-se numa menor qualidade de vida; e) descanso e lazer - cuidar de um doente com doença grave e evolutiva exige tempo e dedicação, levando a família a um isolamento social. É indispensável o apoio e o suporte na procura de estratégias que permitam a partilha de tarefas para que todos os membros da família tenham tempo próprio para si. Estas necessidades são também suportadas por outros estudos efetuados neste âmbito (Joad, Mayamol e Chaturvedi, 2011; Fonseca e Rebelo, 2011).

O acompanhamento do doente em fim de vida por parte dos familiares é vantajoso reconhecendo-se que aumenta a proximidade afetiva e familiar, é facilitador da relação porque cria proximidade com o enfermeiro, previne a solidão do doente, permite a despedida recíproca e a expressão mútua de sentimentos, assim como o reencontro e a reconciliação (Sapeta e Lopes, 2008).

Guarda, Galvão e Gonçalves (2010, p. 759): afirmam que: “o apoio aos familiares cuidadores permite promover o ajuste pessoal de cada um à situação, aumentar a capacidade de cuidar e possibilitar uma adaptação normal à perda (luto)”. Os mesmos autores referem que embora desgastante, o Cuidar de um familiar em fase terminal é visto como um tempo único e gratificante, que contribui para o amadurecimento e crescimento pessoal e espiritual do cuidador.

#### **1.4- O enfermeiro em cuidados paliativos**

Frequentemente os enfermeiros sentem dificuldades e constrangimentos na relação com os doentes em CP e adotam comportamentos de distanciamento e evitamento perante a morte e o processo de morrer. Segundo o artigo nº 87 – do respeito pelo doente terminal “o Enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c)respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.” (OE, 2003, p. 91)

O ser detentor de formação específica em CP é de extrema relevância para sustentar e fundamentar as suas opiniões, formas de estar e de agir perante os doentes em fim de vida e suas famílias, podendo ter um forte contributo no evitamento de terapêuticas fúteis que apenas prolongam o sofrimento.

Em Portugal a formação em CP é uma realidade em desenvolvimento. Os organismos internacionais e nacionais de referência nesta área, por exemplo a EAPC, recomendam que os profissionais, nomeadamente, enfermeiros e médicos, que acompanham estes doentes e suas famílias tenham formação avançada/especializada e não apenas formação básica em CP. Para além da formação específica, o PNCP (2010-2016) salienta a importância do conhecimento dos conteúdos do próprio programa, bem como, do reconhecimento por parte dos enfermeiros dos recursos disponíveis, nomeadamente a nível local e regional (privado e da RNCCI), por forma a poderem adequar as suas intervenções às realidades locais existentes. É fundamental que os enfermeiros saibam quais os critérios de encaminhamento dos doentes para as unidades específicas, por forma a adequar as necessidades dos doentes aos reais recursos existentes. O papel do enfermeiro é de extrema responsabilidade, pois uma identificação, avaliação e encaminhamento precoce e adequado leva a que os doentes tenham cuidados ajustados conforme a complexidade da sua situação.

Constata-se que atualmente existe um crescente investimento na formação pré-graduada e pós-graduação nesta área. Não obstante, o PNCP (2010-2016) recomenda que todos os enfermeiros sejam capazes de prestar cuidados ao nível básico de palição. A prestação de cuidados na área dos CP não se resume apenas a unidades destinadas para tal, na prática seja

qual for o contexto a ação dos enfermeiros deve ser “...orientada por uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida, garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional” (OE, 2003, p. 92).

É neste contexto que a aplicação de ações paliativas em Portugal assume toda a relevância. Face à carência de recursos especializados (humanos, físicos e organizacionais) a morte continua a ocorrer nos hospitais de agudos acabando o enfermeiro por se deparar com situações que exigem uma abordagem paliativa. Nestes momentos as referidas ações, apesar de serem básicas e de baixa complexidade no apoio aos doentes em fim de vida e suas famílias, têm uma importância maior para a prática. Para Barroso (2010) as ações paliativas podem promover e potenciar o encaminhamento mais atempado para outros níveis de diferenciação, necessitando de ser operacionalizadas no contexto de hospitais de agudos como forma de primeira resposta às necessidades destes doentes e famílias. A mesma autora (2010, p. 58) afirma que: “os hospitais de agudos são (...) considerados como uma importante ferramenta para o desenvolvimento de cuidados paliativos, no âmbito de determinados níveis de complexidade e diferenciação”. O Conselho da Europa, tal como referido pela EAPC (2010), vai de encontro com esta visão ao recomendar que todos os profissionais de saúde deveriam estar ocorrentes dos princípios dos CP sendo capazes de os mobilizar e aplicar na prática. Lukas e Payne (2010) representando a EAPC reconhecem a importância de profissionais de saúde em hospitais de agudos com formação específica em CP, incluindo estes num nível de CP, denominando-os por prestadores de “cuidados paliativos gerais” (trad. do autor). São profissionais em que o seu principal foco de trabalho não são os CP mas que têm formação diferenciada na área podendo fornecer conhecimento adicional para a prática traduzindo uma melhoria dos cuidados prestados. Desta forma, é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, tendo em conta a sua área de competências, prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado ao doente em fase terminal e sua família (Monteiro, Oliveira e Vall, 2010).



## **2- ANÁLISE REFLEXIVA DO CAMINHO PERCORRIDO**

O caminho percorrido até ao presente momento incidiu em aspetos fulcrais que constituíram a metodologia adotada por forma a atingir as competências pretendidas. Efetuei revisões atualizadas da literatura como forma de sustentação da minha prática, baseando-me na evidência científica ao recorrer às bases de dados EBSCO – CINAHL, MEDLINE e MEDICLATINA e nos motores de busca da Google. A pesquisa em repositórios de Teses de Mestrados e Doutoramentos foi uma constante, assim como a pesquisa bibliográfica alargada em livros publicados na temática em questão.

Os ensinamentos clínicos efetuados foram outra metodologia que reconheço como indispensável para a concretização dos objetivos delineados. Nesses procurei adquirir experiência prática através do contacto com peritos e com os doentes oncológicos em fim de vida e suas famílias, assim como aperfeiçoar um saber contextualizado através da consolidação e do desenvolvimento de novos conhecimentos. Para Simões, Alarcão e Costa (2008, p. 93)

o ensino clínico surge como um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrada na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual.

Também Benner (2001) valoriza a metodologia dos ensinamentos clínicos considerando que a experiência corresponde a um processo muito ativo na formação e modificação de teorias e ideias, uma vez que supõe que todas as situações práticas são mais complexas que tudo aquilo que é descrito nos modelos formais.

A prática reflexiva segundo o Ciclo de *Gibbs* foi fundamental. Para Benner (2001), escrever sobre a prática é uma forma de estudo individual relativo à aprendizagem clínica ao longo do tempo, permitindo ligar a aprendizagem pessoal com a profissional. Aprender a partir das práticas é uma forma de o conhecimento e a experiência serem fundamentados e sustentados.

Aumenta a confiança do profissional no seu desempenho, abordando a Enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático (Pereira como citado por Santos e Fernandes, 2004).

Foi ao refletir na forma como lido enquanto profissional com o doente oncológico em fim de vida e sua família, que me apercebi da importância de mudar e melhorar a minha prática de cuidados assim como sensibilizar os meus pares. Santos e Fernandes (2004, p. 60) reforçam este modo de pensar ao afirmarem que “a reflexão envolve a acção voluntária e intencional de quem se propõe reflectir, o que faz com que a pessoa que faz reflexão mantenha em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais”. O registo das reflexões da prática é uma forma de potenciar a aprendizagem (Benner, 2001).

Ainda como aspetos facilitadores desta aprendizagem quero evidenciar a partilha de experiências ao longo deste percurso quer com os colegas que frequentam também o CME área de EEMC na opção em EO, quer com os profissionais que tive a oportunidade de conhecer e interagir ao longo dos ensinamentos clínicos assim como, com os doentes oncológicos em fim de vida e suas famílias. Esta partilha permitiu alargar o meu horizonte perante as situações com que me fui deparando no dia-a-dia da prática profissional. É importante ter a noção de outras realidades pois poderão auxiliar numa sustentação mais eficaz do nosso agir. Também as atividades que desenvolvi ao longo deste caminho, como sendo as sessões de informação, a realização de um estudo de caso e uma sessão de *Journal Club* foram fortes contributos para adquirir as competências desejáveis. A própria elaboração deste relatório de estágio revelou-se uma aprendizagem positiva, uma vez que me permite ter a noção da minha evolução e do meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

No decorrer deste capítulo irei efetuar uma descrição crítica e reflexiva do meu percurso de estágio fazendo emergir as minhas vivências, triunfos e dificuldades encontradas, procurando como futura Mestre e Enfermeira Especialista, transformar os saberes em competências que reflitam uma melhoria da excelência da qualidade dos cuidados prestados futuramente. De acordo com Benner (2001) a experiência dá-nos a formação necessária para atingir um nível de Cuidar de Excelência. De forma a conduzir o leitor, farei esta descrição dividida em dois momentos: num primeiro abordarei os ensinamentos clínicos realizados na UAD e na UCP tendo

em conta os objetivos específicos delineados e num segundo, o ensino clínico realizado em contexto de trabalho no SMI também segundo os objetivos específicos planeados.

## **2.1- Unidade de Assistência Domiciliária de um Hospital de Especialidade de Lisboa e Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital de Gestão Privada de Lisboa**

A escolha da realização dos ensinamentos clínicos nestes locais teve como finalidade absorver o maior número de experiências possíveis com equipas específicas de CP. Estas estão, tal como preconizado pelo PNCP (2010-2016), inseridas em diferentes níveis de diferenciação o que me permitiu ter uma visão alargada dos diferentes tipos de respostas possíveis em CP ao doente oncológico em fim de vida e sua família. Os objetivos programados para estes dois ensinamentos clínicos foram comuns, uma vez que considerei que houvesse uma complementaridade na execução dos mesmos, tendo ajustado as atividades desenvolvidas às diferentes realidades.

Escolhi realizar ensino clínico numa UAD (CP Nível I) para ter a experiência de assistir e participar no Cuidar de doentes em fim de vida e famílias no domicílio. É determinante conhecer a estrutura sociofamiliar do doente e seus familiares, uma vez que é com esta que vão responder à situação de doença (Carvalho, 2008). Ser cuidado em casa permite ao doente permanecer dentro de um ambiente conhecido, adotando a família um papel mais ativo desfrutando de uma maior satisfação. Araújo e Linch (2011, p. 243) afirmam que:

no cuidado paliativo domiciliário, existe a flexibilidade da rotina do Cuidar, o que permite adaptar horários, modos de fazer e respeitar a disponibilidade da pessoa cuidada. O cuidador pode ir além, interagir com o ambiente, demonstrar esperança e emoções, ou seja, um cuidado individualizado(...).

Num estudo realizado por Capelas (2010) é revelado que em Portugal os CP domiciliários estão muito longe do que é preconizado e aconselhado internacionalmente. Por conseguinte acabam por ser prestadas ações paliativas por equipas não especializadas de apoio domiciliário que não podem ser confundidas como um apoio especializado de CP podendo, em algumas situações, refletir uma inadequada avaliação das necessidades e posteriores intervenções não dirigidas. Esta situação não vai de encontro ao que é preceituado, uma vez

que os CP centram a sua prestação na resposta adequada às necessidades dos doentes e famílias, sendo estes considerados a unidade objeto dos cuidados (Neto, 2010).

A escolha pela UCP (CP Nível II) prendeu-se com o facto de ser uma unidade de internamento onde certamente as experiências desenvolvidas seriam diferentes das que constatei na UAD, enriquecendo a minha aprendizagem. Por outro lado também me ajudaria a obter bases fundamentais para Cuidar destes doentes e famílias no meu contexto de trabalho (também serviço de internamento).

Ao estagiar nestas duas Unidades procurei aprofundar a minha aprendizagem relativamente a um apoio especializado de CP, passando pela aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais na área da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

**1º Objetivo específico:** Integrar a equipa de saúde da UAD e da UCP nas atividades desenvolvidas na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

A equipa que compõe a UAD é multidisciplinar e constituída por uma médica, cinco enfermeiras (sendo uma a enfermeira chefe), uma administrativa e uma assistente operacional. Existem outros profissionais de saúde, de outras valências, que se articulam com a UAD em tempo parcial e sempre que solicitados e necessários, nomeadamente assistente social e psicóloga. Trata-se de uma equipa que presta cuidados Médicos e de Enfermagem, a pessoas com doença oncológica em fase avançada, e seus familiares, no domicílio. Funciona diariamente das 8 às 16 horas e tem como missão prestar cuidados ativos coordenados e globais no domicílio, a doentes e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença oncológica avançada e progressiva com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Assume como critérios de admissão: a) estar inscrito no referente hospital, b) ter doença oncológica avançada e progressiva, c) ser referenciado pelo médico assistente do referente hospital, d) ter um cuidador identificado, e) residir na cidade de Lisboa e f) aceitar o apoio da Unidade. Nos dias de semana, após passagem das ocorrências entre médica e enfermeiras, onde se definia o estadio clínico de cada um dos doentes, era elaborado

um plano de visitas distribuído por 2 equipas, cada uma em seu carro. Doentes de maior complexidade eram visitados pela médica e enfermeira que iam no carro A e doentes em que havia uma estabilização sintomática eram visitados pela enfermeira que se deslocava no carro B (mas que era suportada pela restante equipa, uma vez que tinham telemóveis para possíveis contactos, se necessários). Ao fim de semana, a enfermeira que estava escalada efetuava visitas domiciliárias aos doentes de maior complexidade e tinha sempre telemóvel disponível das 8 às 16 horas, se algum dos outros doentes ou famílias necessitassem de alguma resposta no momento. A médica ao fim de semana também estava contactável telefonicamente para dar alguma indicação necessária à enfermeira de serviço. Para definirem quais os doentes de maior complexidade, a UAD possuía um documento próprio que avaliava os critérios de complexidade de cada doente (este ficava no processo individual) e que estava dividido em três partes: uma primeira na qual se registavam os sintomas presentes, na segunda constavam algumas situações clínicas de difícil controlo (como por exemplo a compressão medular, a ascite, a dor de difícil controlo...) e na última secção registavam-se os elementos de complexidade (como por exemplo o isolamento social, a rápida evolução da doença, a má adaptação à doença, os conflitos familiares...).

Diariamente acompanhei a equipa de Enfermagem às visitas domiciliárias efetuadas, tendo sido notória a minha evolução em termos de segurança e de compreensão da globalidade das situações. Se numa fase inicial optei por ir no carro B para ter uma visão alargada dos doentes atendidos, assim como uma experiência mais vasta das situações, uma vez que estas visitas eram, por norma, menos demoradas havendo a possibilidade de efetuar um maior número diariamente; rapidamente percebi que eram as situações do carro A que faziam mais sentido para dar resposta aos meus objetivos, tendo optado por acompanhar esta equipa.

A UCP é constituída por uma equipa multidisciplinar alargada (médicos, enfermeiros, psicóloga, assistente social, assistente espiritual, voluntários, assistentes operacionais, engenheira alimentar e Padre) que garante a prestação direta de cuidados e apoio efetivo nas 24 horas à pessoa doente em fim de vida e sua família. A maioria dos elementos têm formação diferenciada e outros avançada (nomeadamente elementos com funções de chefia) em CP o que vai de encontro ao que é defendido pelo PNCP (2010-2016). Esta Unidade assume como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados à pessoa com

doença avançada, progressiva e incurável e sua família/cuidador, de acordo com as melhores práticas clínicas e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral. Neste ensino clínico, tive a oportunidade de realizar os turnos da manhã e da tarde.

Inicialmente assumi, em ambas as Unidades, uma postura de acompanhamento e observação participada do trabalho desenvolvido pela equipa de Enfermagem, mas com o desenvolvimento das minhas práticas, que refletiram um adquirir de competências para a prestação de cuidados de saúde de máxima qualidade aos doentes e suas famílias contribuindo para o seu bem-estar, fui tornando-me mais autónoma, tendo terminado os ensinamentos clínicos com a responsabilidade de Cuidar na íntegra do doente oncológico em fim de vida e sua família interagindo com a restante equipa multidisciplinar. Senti-me muito bem ao desempenhar estas funções, permitiu-me mobilizar os conhecimentos adquiridos nesta área específica do Cuidar, agindo com pensamento crítico perante as minhas intervenções que traduziu um olhar diferente e um aperfeiçoamento na minha capacidade de adaptação e de resposta às situações onde o objetivo maior era o de preservar a dignidade, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento. Esta forma de estar encontra-se para Benner (2001) no domínio da função de ajuda, quando refere que é possível melhorar a qualidade de vida do doente e sua família encontrando meios de os reconfortar, identificando como competência o “ tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza”(2001, p. 81).

A atitude facilitadora e disponibilidade demonstrada por toda a equipa multiprofissional quer da UAD, quer da UCP foram um forte contributo para a minha integração ter sido feita de forma progressiva e positiva.

A consulta de processos clínicos, a leitura e conhecimento das normas e protocolos existentes nas Unidades, as passagens de ocorrências, os esclarecimentos pontuais efetuados por toda a equipa e o apoio constante, dirigido e profissional das enfermeiras responsáveis pelo meu ensino clínico, foram determinantes para o meu percurso, para a concretização dos objetivos, mas acima de tudo para a minha forma de estar e de me colocar perante as situações vivenciadas. Através deste conhecimento mais aprofundado das Unidades, apercebi-me das

suas dinâmicas internas assim como a forma de articulação com os outros serviços e com a comunidade.

Na UAD tive a confrontação com a realidade social do nosso país, tive o privilégio de entrar nas casas das pessoas, no seu mais íntimo, com o objetivo maior de Cuidar. Na UCP tive um contato mais próximo com a RNCCI e com as referências efetuadas, tendo-me apercebido que embora tenha cuidado de doentes oncológicos em fim de vida com descontrolo sintomático e em sofrimento global, também cuidei de doentes que apesar de uma situação de doença avançada e incurável, não tinham critérios clínicos para estarem numa UCP o que reflete uma necessidade de sensibilização na forma como estas referências são feitas. Esta situação contribuiu para uma melhoria na minha prática aquando da referência dos doentes do meu serviço para estas unidades, tendo partilhado a experiência com os pares.

Considero que as experiências que estes ensinamentos clínicos me proporcionaram foram bastante enriquecedoras, tendo tido o privilégio de estar com doentes oncológicos nas diferentes fases paliativas e que, vão de encontro à *Australian Sub-acute and Non-acute Patient Classification* mencionada no quadro conceitual. Para Benner (2001) são necessárias uma abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo para aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento. Ter tido este contacto foi uma forma de perceber, no terreno, que as necessidades diferiam em cada fase assim como os objetivos terapêuticos.

Se na fase inicial do ensino clínico na UAD senti alguma apreensão, nervosismo e até mesmo insegurança, estes sentimentos ao longo do tempo foram transformados em tranquilidade, segurança e bem-estar observando-se uma intensificação destes no decorrer do ensino clínico da UCP. Senti uma evolução gradual e positiva que atribuo à minha disponibilidade e interesse pela aprendizagem, numa procura constante na obtenção de competências dirigidas a esta área do Cuidar em fim de vida. Aperfeiçoei o meu Saber, Saber Fazer e Saber Estar e reconheço que Cuidar de doentes em fim de vida exige muito mais que conhecimentos técnicos e científicos, requer a compreensão da singularidade de cada um, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana (Santana, Barbosa e Dutra, 2012). Foi minha preocupação promover o controlo de sintomas estando atenta ao suporte emocional e espiritual dos doentes, assumindo a família como elemento neste processo de

Cuidar, mediante uma comunicação eficaz e trabalhando em equipa na procura da satisfação das necessidades alteradas.

Identifiquei necessidades físicas havendo uma preocupação constante por parte das Equipas, na otimização da medicação, por forma a atingir um controlo sintomático o mais eficaz possível. Estas necessidades quando não satisfeitas interferiam na satisfação das outras: o doente ficava mais triste, mais desanimado, menos paciente, mais isolado e menos interativo. Para Pereira (2010, p. 73): “a dor não controlada e outros sintomas causam ansiedade e depressão (...) não é possível tratar (...) sem considerar adequadamente outros aspectos do sofrimento do doente e o adequado apoio psicossocial.” Nestes momentos, apercebi-me que para o doente é importante ser dito que apesar de a doença não ter cura, esta pode ser controlada (esta intervenção é uma forma de o doente sentir que está acompanhado, que existe preocupação pelo seu estado de saúde e que o seu sofrimento pode ser minorado). O objetivo maior da abordagem na fase terminal é ajudar no processo de aceitação da vida vivida e chegar à aceitação da morte com tranquilidade e paz (Bertachini & Pessini, 2010).

Muitas foram as questões de carácter espiritual que surgiram nas interações com os doentes e famílias, passando a citar alguns exemplos: a procura de uma justificação para a doença (“Nós vivemos numa sociedade terrível. Nós os que sofrem desta doença...Tem morrido muitas pessoas aqui no prédio com cancro, poderá estar relacionado com algum material do prédio?”); o medo do futuro (“Sei que está para breve, mas não sei se estou preparada para o momento.”); o querer aproveitar ao máximo a vida e o tempo que resta (“Dormir...Tenho tanto tempo para dormir.”); medo do sofrimento (“ Não ficará aflito com a farfalheira?”; “Será que ele ouve estas nossas preocupações?”). Nestas situações, o escutar ativamente, esclarecendo e estabelecendo objetivos realistas, respeitando o doente e família na sua liberdade de pensamento e nos seus ritmos, foi uma forma de promoção do conforto e satisfação destas necessidades. Benner (2001) vai de encontro ao referido afirmando que os objetivos estabelecidos devem ser realistas, estar ao alcance dos doentes permitindo-lhes uma melhor integração social e psicológica.

A promoção da esperança no doente oncológico em fim de vida é muito importante. A veracidade da nossa informação é crucial, uma vez que falsas esperanças podem interferir na



aceitação das consequências inevitáveis da progressão da doença (Erwin, 2010). Para Benner (2001) uma esperança comum ao doente e à enfermeira é uma etapa que marca o processo relacional. Nas minhas intervenções tive presente a importância desta promoção da esperança, tendo trabalhado com os doentes o estabelecimento de objetivos a curto prazo, nomeadamente no dia-a-dia, como por exemplo, em vez de garantir ao doente que poderia ir passar o Natal aos Açores, diariamente procurava que este pudesse andar um pouco, ir até à rua transmitindo que teríamos que viver um dia de cada vez dando valor ao que esse proporcionou.

Assisti à confrontação com a perda de papéis e consequente perda de sentido da vida apercebendo-me do sofrimento psicossocial, existencial e espiritual que esta situação acarreta, devendo os profissionais de saúde estar preparados para reconhecer precocemente estas dimensões (Barbosa, 2010). Bertachini e Pessini (2010, p. 322) dão uma relevância maior ao referido afirmando que: “estaria faltando um elemento muito importante no processo de humanização dos cuidados de saúde, caso negligenciarmos a promoção do bem-estar espiritual do doente”.

Para além das necessidades físicas e espirituais, também as emocionais e de descanso e lazer foram identificadas, havendo sempre um profissionalismo incansável na satisfação das mesmas, através do diálogo, de sugestões realistas, da mobilização de recursos materiais e humanos disponíveis. A título de exemplo quero deixar presente, que no caso de um doente que se começava a confrontar com a perda da sua capacidade física nas deslocações dentro de casa, tendo já ocorrido uma queda (estando a causar-lhe tristeza, angústia e sentimento de impotência), houve uma negociação no sentido de diminuir o número de deslocações efetuadas e de prevenir futuras quedas, através da disponibilização de instrumentos de ajuda técnica. Foi algo aceite com agrado pelo doente e família e que resultou refletindo uma manutenção da qualidade de vida daquela pessoa e uma promoção e respeito pela sua autonomia. Para Nunes (2008, p. 44): “respeitar a autonomia implica no reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesmo- livre e autônoma- capaz de autogovernar-se e de decidir por si mesma.”

Por forma a satisfazer as necessidades de descanso e lazer era aconselhado ao doente a manutenção de um equilíbrio entre o descanso e a atividade, bem como a adequação dessas atividades à condição física. Fazendo um paralelismo com a Filosofia de Patricia Benner, estas intervenções enquadram-se no domínio da “função de educação, de orientação” e na

competência “ ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida (2001, p. 106), evidenciando a importância da otimização das capacidades existentes para a manutenção de uma vida ativa, aceitável, evitando o isolamento.

A forma de funcionamento destas equipas foi para mim um fator preponderante no entender da importância do trabalho em equipa em CP. A discussão de casos em conjunto com profissionais de saúde de diferentes valências, o esclarecimento de dúvidas entre estes, a preocupação efetiva não só com o sofrimento físico dos doentes e famílias, mas também com as outras dimensões deste e até mesmo a partilha de angústias, tristezas e alegrias, fizeram emergir o que de mais profundo existe nesta área específica do Cuidar que é a preservação da vida através de um esforço conjunto para o doente manter a sua essência, o seu senso de identidade, significado e dignidade na última fase da vida e no processo de morrer (Bertachini e Pessini, 2010). Tive a oportunidade de trabalhar em equipa, assumindo alguns princípios básicos que lhe está inerente como o propósito partilhado; num ambiente informal e relaxado no qual todos escutaram e contribuíram dando as suas opiniões e fazendo críticas de modo construtivo; com motivação, reconhecimento e flexibilidade na adaptação a situações de mudança (Bernardo, Rosado e Salazar, 2010).

A grande evolução que sinto na minha forma de estar como profissional diante de um doente oncológico em fim de vida e que, a realização destes ensinamentos clínicos tiveram um forte contributo, é que tenho plena consciência das minhas intencionalidades. Este aspeto é referido por mim, nas reflexões que efetuei segundo o ciclo de *Gibbs* aquando da realização dos ensinamentos clínicos, nomeadamente na reflexão que consta em Apêndice 1, quando refiro na respetiva página 8 que “na minha prática de cuidados apercebo-me de que algumas coisas até já poderia fazer, mas o não refletir acerca das mesmas fez com que não me apercebesse da intenção das minhas ações e até mesmo o benefício que poderiam trazer para a minha relação com o doente e família”; ou até mesmo na página 6 quando afirmo que “mobilizei estratégias de comunicação como o silêncio (para permitir a expressão de mais preocupações), os acenos de cabeça (demonstra compreensão) ...”; também na reflexão que consta em Apêndice 2 demonstro a consciência das minhas intenções quando afirmo na página 7 que “o me ter inclinado para ficar ao mesmo nível/altura do Sr. J. foi uma forma de evitar uma barreira à comunicação...”; “o contacto visual (...) foi uma forma de demonstrar interesse pelo que me estava a transmitir assim como preocupação e procura de compreensão pela sua possível

mensagem de retorno.”; e na reflexão que consta em Apêndice 3 ao mencionar que “ao longo da interação fui colocando algumas questões abertas, como forma de dar espaço à verbalização de sentimentos e posterior identificação correta das necessidades...”(p. 5). Esta metodologia utilizada foi um meio para organizar o meu pensamento e identificar as minhas intenções, assim como os meus receios e dificuldades. Benner (2001, p. 14) corrobora com o referido ao afirmar que:

(...) a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correcto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico.

Foi muito gratificante para mim ter percebido que as minhas intervenções foram de encontro às necessidades e preocupações reais dos doentes. Demonstrou que o meu agir foi competente, responsável, fundamentado num conhecimento científico adquirido que traduziu uma intervenção especializada pela obtenção de competências, não só técnicas e científicas, mas também relacionais. Benner (2001, p. 68) diz que: “é apenas quando observamos um caso na sua globalidade que podemos apreciar a importância do contributo da enfermeira para o bem-estar do doente”. Consegui em muitas das minhas interações apreciar este contributo, mesmo que em algumas situações tenha percebido que este bem-estar não passaria apenas pela minha intervenção. Nessas situações passava a informação que considerava relevante à restante equipa, tendo efetuado a ponte com outros profissionais de saúde, como por exemplo a psicóloga, que posteriormente intervinha no seu campo de atuação, tal como evidencio na minha reflexão que consta em Apêndice 3, p. 6, quando refiro que “achei pertinente mais tarde partilhar esta interação com a psicóloga da unidade (...)”. Esta minha forma de agir também demonstrou alguma maturidade profissional, uma vez que me permitiu refletir acerca do limite da minha área de intervenção e reconhecer que a implicação de outros profissionais competentes na sua área, beneficiaria os doentes no seu bem-estar e na satisfação das suas necessidades. Para Monteiro, Oliveira e Vall (2010, p. 243) “prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado na fase terminal de um indivíduo é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um dentro da área de suas competências”.

Senti que os meus registos de Enfermagem inicialmente estavam pouco explícitos para o que era realmente relevante nesta área do Cuidar em fim de vida. Através da confrontação com a realidade, do acompanhamento e apoio das enfermeiras peritas na área, foram melhorando traduzindo no final um olhar especializado e profundo das situações, valorizando as dimensões que compõem a pessoa doente e sua família, tal como demonstro neste pequeno excerto:

(...) Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> L. apresentou labilidade emocional relacionada com a preocupação constante e angústia relativamente aos seus problemas familiares (marido, mãe e filhos). Prestado apoio emocional através da escuta ativa, incentivo à verbalização de sentimentos e emoções, reforço positivo das ações desenvolvidas. Sugerida a partilha de tarefas com ajuda da família mais alargada (primas) por forma a diminuir a sobrecarga física e emocional da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> L (...)

Na concretização deste objetivo ficou presente que Cuidar em fim de vida pressupõe atender à singularidade de cada pessoa doente e sua família, à satisfação das suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Esta forma de Cuidar permitiu-me olhar para a Enfermagem de forma mais avançada, tendo identificado qualidade nas minhas intervenções que se traduziu no bem-estar e serenidade dos que cuidei. Para Benner( 2001, p. 40): “(...) uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem.”

2º Objetivo específico: Identificar os sintomas descontrolados no doente oncológico em fim de vida, integrando conhecimentos avançados para a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas.

Muitas foram as interações com os doentes, onde as suas preocupações e desconfortos eram rigorosamente valorizados e respeitados estabelecendo-se objetivos terapêuticos dirigidos aos mesmos por forma a favorecer a qualidade de vida. Dando continuidade a este raciocínio, Neto (2010) defende que o rigor e a qualidade da atuação dos profissionais tem uma tradução evidente no nível de bem-estar dos doentes, sendo necessário conjugar a experiência clínica no seguimento destes pacientes com um alto nível de senso, de forma a tomar as decisões terapêuticas acertadas. Qualquer decisão tomada tinha como objetivo máximo a promoção do

conforto, o que vai de encontro a Twycross (2003, p. 16) quando afirma que: “nos cuidados paliativos, os sintomas são “encobertos” com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente”. Para Magalhães (2009, p. 94): “conforto, na perspectiva dos doentes, poderá ser uma via para o viver e para a vida, sendo alcançado quando os tratamentos e o suporte dado proporcionam a oportunidade de funcionar tão normalmente quanto possível”.

O controlo sintomático foi um dos grandes motivos de referência para a UAD e para a UCP. Os doentes verbalizaram uma variabilidade de sintomas menos controlados como a ansiedade, insónia, dor, confusão, dispneia, fadiga, tosse, anorexia, edemas periféricos, sonolência, xerostomia, vômitos e a depressão. De entre estes e durante estes ensinamentos clínicos, o sintoma da fadiga foi o mais verbalizado, seguido do da dispneia e da anorexia. A evidência científica vai de encontro ao referido, identificando a fadiga como um dos sintomas mais verbalizado pelos doentes oncológicos em fim de vida (Brant, 2010; Nascimento, 2010). Perante estes dados não posso fazer generalizações nem criar conhecimento científico, no entanto ajudou-me para perceber que os CP dão resposta a um conjunto de sintomas não controlados, implicando intervenções dirigidas aos mesmos.

A dor foi verbalizada por alguns doentes, no entanto não era o sintoma que causava maior preocupação (ao contrário do que esperava). Brant (2010) suporta esta afirmação referindo que apesar de 75% a 90% dos doentes em fim de vida experienciarem dor e de ser um aspeto que os preocupa, este acaba por ser um sintoma que pode ser controlado em 90% dos casos. Pude constatar este aspeto através do conhecimento dos diferentes analgésicos existentes, incluindo as combinações efetuadas entre os opióides e outros fármacos (por exemplo, anti-inflamatórios ou corticosteroides) na tentativa de potenciar o efeito desejável. Verifiquei uma preocupação constante em perceber se a terapêutica instituída estava a ser eficaz ou não, sendo essa informação muito valorizada nos registos de enfermagem aquando da caracterização e monitorização da dor (recorrendo-se maioritariamente ao uso da escala numérica que era explicada, compreendida e mobilizada pela maior parte dos doentes). Compreendi a gestão dos opióides, a relevância da sua titulação, da sua manutenção e a necessidade de por vezes ter que ser efetuada uma rotação dos mesmos. Para Benner (2001, p.

87) “interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir” é uma competência incorporada no domínio da “função de ajuda”.

Para avaliar a dor e outros sintomas, as equipas recorrem ao uso de escalas. Tive a oportunidade de aplicar a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), tendo-se revelado bastante útil para dirigir as minhas ações às efetivas necessidades dos doentes. A aplicação desta pode ser um meio que ajude na compreensão dos sintomas, no entanto nas guidelines de aplicação da mesma emanadas pelo *Regional Palliative Care Program* (2001), a aplicação da ESAS não corresponde a uma avaliação completa do sintoma, a boa gestão deste, passa por encarar a ESAS como um instrumento importante e facilitador de uma avaliação sintomática holística.

A gestão da medicação para o sintoma descontrolado foi uma constante. Os CP utilizam medicação muito dirigida aos sintomas dos doentes e na maioria dos casos, estes têm plena consciência do objetivo de determinado fármaco (ou então o cuidador), evidenciando o seu papel ativo nesta área. Fármacos dirigidos à dor, às náuseas, ao enfartamento, às insónias, à confusão, ao delírio, à inquietação, às candidíases orais, ao apetite e até à fase agónica foram compreendidos, por mim, nesta fase. Aprofundei os conhecimentos acerca dos fármacos mais utilizados em fim de vida, consideradas como drogas paliativas, tendo abordado as vias, oral, subcutânea, retal e transdérmica. Aprendi que alguns fármacos tinham indicações que desconhecia, como por exemplo o diclofenac como efeito antipirético, a dexametasona como efeito secundário de antipirético nas febres centrais e a metadona para o controlo da dor oncológica. Segundo Pereira (2010, p. 80) “a metadona é, em média, aproximadamente 10 vezes mais potente que a morfina”. Pude constatar esta afirmação, quando durante o ensino clínico, a instituição onde funciona a UAD deixou de ter metadona, tendo havido a necessidade de internar a doente a quem era administrado este fármaco, por ter deixado de ter a dor controlada. No internamento fez doses elevadas de morfina, com difícil controlo da dor inicialmente.

Muita informação também foi dada relativamente a procedimentos práticos para atenuar os sintomas (como por exemplo a sugestão de rebuçados de limão, gomas de mascar ou vitamina

C no caso da xerostomia ou o uso de espessante nas situações em que o reflexo de tosse era potenciado pela ingestão de líquidos).

Ter tido a oportunidade de Cuidar de doentes em fase agónica, permitiu-me entender a expressão, muito utilizada em CP de, “simplificação” da terapêutica. Nesta fase, mais do que tudo, procura-se proporcionar a maior tranquilidade e serenidade, recorrendo-se a uma redefinição dos objetivos terapêuticos. Também há necessidade de adequar a via de administração dos fármacos, respeitando-se os princípios do controlo sintomático. Na UAD, interroguei-me algumas vezes, na fase inicial da seguinte forma: Como conseguirão dar resposta a um doente em estado agónico no domicílio? Como vão conseguir efetuar a gestão da medicação? Será mesmo possível ou é utopia? Foi nas respostas que encontrei às minhas questões que considero que o trabalho desempenhado por aquela equipa é admirável, muito enriquecedor e que sim, é possível, proporcionar uma morte digna e serena no domicílio. Na UCP quando lidei com doentes em fase agónica, compreendi a simplificação da terapêutica tendo conseguido aplicar um raciocínio científico adequado, através da mobilização de conhecimentos já adquiridos. Nestas situações de agonia, procurei reconfortar e dar dignidade aos últimos dias que restavam valorizando aquilo que para os doentes e suas famílias era importante, respeitando as suas preferências, a sua privacidade e os seus direitos. É uma fase onde os princípios da beneficência e não-maleficência estão muito presente e que me levou em algumas situações a questionar se estaria a proceder bem, revelando que a aplicação destes princípios é complexa, o que é sustentado pela OE (2003, p. 53) ao afirmar que: “(...)a ponderação risco/benefício não é fácil, depende dos valores e interesse das pessoas implicadas, da ponderação das consequências individuais e sociais, entre outros”.

Aprofundei os meus conhecimentos na área da hipodermóclise (indicações, vantagens, desvantagens, locais possíveis de punção, técnica de punção e fármacos possíveis de administração com dosagens e ritmos de perfusão) e constatei que esta pode ser implementada nos doentes cuidados em casa. Para além de ser uma técnica de baixo custo, permite evitar um possível internamento dando ao doente a possibilidade de ser cuidado na sua casa, perto de quem lhe é querido. Trata-se de um método seguro, sem graves complicações, facilmente manipulado pelo doente ou familiar cuidador (Azevedo e Nunes, 2009). Na UCP contactei com doentes com via oral disponível, mas a via subcutânea também foi muito utilizada.

Aprofundei os meus conhecimentos acerca da compatibilidade de fármacos por via subcutânea, ponto essencial para a possibilidade de manutenção de ações paliativas no meu contexto de trabalho. Também compreendi e consegui acompanhar o raciocínio facilitado pela prevenção e disponibilidade de SOS.

Na promoção do conforto e do bem-estar dos doentes oncológicos em fim de vida, também tive oportunidade de aplicar medidas não farmacológicas que se revelaram como complementares das medidas farmacológicas. Efetuei massagens de conforto, recorri à musicoterapia, à disponibilidade e ao toque reforçando os laços de confiança, atingindo uma relação de maior empatia e envolvimento na relação enfermeira-doente, que se traduziram numa melhoria significativa dos sintomas, espelhando na face dos doentes serenidade, tranquilidade e leveza. Estas medidas são encaradas como boa prática, tendo sido valorizadas pela OE no Guia Orientador de Boa Prática- DOR (2008).

A comunicação surge como uma medida não farmacológica fundamental. Esta funciona como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal (Querido, Salazar e Neto, 2010). Para dar resposta às necessidades identificadas, foram utilizadas e mobilizadas algumas estratégias como a escuta ativa, o reforço positivo das ações desenvolvidas, o silêncio, a legitimação das emoções vivenciadas e verbalizadas, incentivo e facilitação à expressão dessas emoções, o toque, o esclarecimento de dúvidas e o feedback empático. Uma boa comunicação em CP reduz a incerteza, melhora os relacionamentos e indica ao doente e sua família uma direção (Twycross, 2003). Aprendi muito na área da comunicação com o doente em fim de vida e sua família, a importância de aplicar no momento certo determinada estratégia, mas o mais relevante qual a intenção que tive com a aplicação da mesma, tal como já demonstrei. Estas estratégias revelaram-se facilitadoras das interações e penso que consegui transmitir atenção, demonstrar compaixão e promover conforto, na minha forma de comunicar encarando esta, como um atributo essencial do cuidado de qualidade ao fim da vida (Araújo e Silva, 2012). Foi através da comunicação que consegui identificar as necessidades alteradas dos doentes e famílias, tendo plena consciência da importância da existência de congruência entre o meu verbal e o meu não-verbal. Ter recorrido à prática reflexiva de um momento de interação baseado na comunicação e nos aspetos não-verbais (Apêndice 2) foi uma forma de me tornar ativa no meu processo de aprendizagem, validando as minhas intervenções na procura de uma



melhoria da minha prática de cuidados em situações idênticas futuramente. Desta reflexão e analisando-a em pormenor apercebo-me da emergência de duas competências essenciais na comunicação com o doente em fim de vida e que são definidas por Benner (2001) como “a presença-estar com o doente” e “proporcionar conforto e comunicar pelo toque”. Esta defende que o toque: “(...) é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação (2001, p. 88)”.

Como forma de complementar a formação, o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional realizei, para além dos já referidos registos de práticas reflexivas, um estudo de caso como forma de atender à globalidade de toda a situação que envolvia o doente e família de quem cuidei. Para Benner (2001, p. 40)

uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas, mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência.

3º Objetivo específico: Interagir com a família do doente oncológico em fim de vida de forma a identificar as necessidades alteradas, desenvolvendo estratégias que as satisfaçam para uma melhor adaptação a esta fase da doença.

Em CP, tal como já foi referido a família também é considerada objeto de cuidado. Para Guarda, Galvão e Gonçalves (2010, p.753): “a doença de um membro da família é também doença familiar, em que todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, pelo que, para a equipa terapêutica, o doente e a família constituem a unidade a tratar”. Constatei que a forma como a família encara toda esta situação de doença do seu familiar, condiciona os resultados obtidos e que só é possível ter um doente oncológico em fim de vida em casa, se o familiar cuidador tiver um adequado suporte físico, emocional, social e uma resposta dos profissionais de saúde que vá de encontro às suas necessidades. Rodrigues e Ferreira (2011, p. 345) reforçam o referido quando afirmam que “os cuidados prestados pela família, bem como a segurança com que são executados, dependem da orientação da equipe de saúde, não apenas ensinando, mas atentando-se para as dificuldades que a família poderá apresentar, a fim de preveni-los.” Benner (2001, p. 90) destaca a “importância do papel das famílias como

interlocutores na cura do doente, importância tão determinante quanto a do tratamento”. Desta forma, otimiza o papel positivo dos membros da família, tendo em conta as necessidades dos mesmos, identificando a competência “proporcionar apoio afectivo e informar as famílias dos doentes (2001, p.90).

Cuidar de um familiar em fim de vida em casa, implica desafios significativos com consequências físicas e psicológicas consideráveis às quais pude assistir. O cansaço, a sobrecarga física e o sofrimento foram os aspetos com que mais me confrontei e aos quais houve uma preocupação em dar resposta, através do reconhecimento da importância da satisfação destas necessidades. As famílias também precisam de se sentir cuidadas, protegidas e acima de tudo acompanhadas ao longo deste processo. “ Conhecer os cuidadores domiciliários é fundamental para a garantia de uma assistência de qualidade ao paciente em Cuidados Paliativos na residência, pois são estes os responsáveis por colocar em prática todo o plano assistencial elaborado pela equipe” (Melo, Rodrigues e Schmidt, 2009, p. 372).

Na UCP a exaustão familiar também era um dos motivos da referenciação e do internamento. Deparei-me algumas vezes com famílias esgotadas e com sentimentos de culpa por não terem sido capazes de Cuidar dos seus entes queridos em casa. Mais uma vez a comunicação revelou-se fundamental, através da mobilização de estratégias de suporte emocional como a escuta ativa, o reforço positivo das ações desenvolvidas e a compreensão empática.

Identifiquei na família necessidades de informação/comunicação, apoio emocional, apoio instrumental, descanso e lazer, espirituais e económicas, o que vai de encontro a diversos estudos efetuados neste âmbito (Astudillo, Mendinueta & Granja, 2008; Gomes, 2010; Carvalho, 2007). Para as necessidades de informação/comunicação houve intervenções relativamente à informação referente a aspetos logísticos e legais. Nas necessidades de descanso e lazer verificou-se uma preocupação pela sugestão de uma divisão de tarefas pelos vários elementos que constituíam a família para diminuição da sobrecarga física do cuidador e, verificou-se também um incentivo ao autocuidado. No apoio emocional e espiritual as ações implementadas e as estratégias de comunicação mobilizadas foram idênticas às já referidas. No apoio instrumental verificou-se o ensino, como por exemplo relativamente ao humedecimento da cavidade oral e à administração de medicação por via subcutânea.

Nos doentes em estado agónico e verificando que estes estavam aparentemente confortáveis e serenos, a preocupação foi também direccionada para a família tendo sido dado suporte para uma adaptação tranquila à situação. Este suporte passava muitas vezes por explicar e informar que o que se estava a passar fazia parte do trajeto normal da situação e que o processo de morrer passa por estas fases. Para Araújo e Linch (2011, p.241): “ a qualidade da comunicação entre a equipa de saúde e paciente junto à família, principalmente na proximidade da morte, pode determinar a tomada de decisões correta para contribuir para criar um ambiente de maior tranquilidade e colaboração nas ações tomadas”. Na reflexão que efetuei segundo o ciclo de *Gibbs* (Apêndice 1) demonstro que esta forma de estar perante a família ajuda neste processo de aceitação da proximidade da morte e normalização da angústia.

Por forma a estar mais desperta e sensibilizada para as possíveis necessidades destas famílias, apresentei na UAD uma sessão de Journal Club sobre os problemas enfrentados por familiares que cuidam de doentes com cancro no domicílio. O artigo utilizado encontra-se em Anexo 1 e o plano da sessão em Apêndice 4. Esta metodologia foi nova para mim, no entanto é uma prática regular nesta UAD. A apresentação foi realizada na presença de toda a equipa multidisciplinar. Permitiu-me desenvolver uma atitude critico-reflexiva, tendo mobilizado conhecimentos que posteriormente apliquei na prática, ajudando-me a estar mais sensibilizada para os possíveis problemas que as famílias enfrentam quando cuidam de alguém em fim de vida no domicílio.

Confesso que ter tido a experiência de morte no domicílio, foi uma experiência positiva no sentido que vivenciei um conjunto de sentimentos que considero um forte contributo para o meu crescimento pessoal e profissional. A tranquilidade, a forma de aceitação e até mesmo o à vontade com que aquela família estava a lidar com a situação evidenciou que toda a aliança terapêutica construída foi baseada em aspetos essenciais como a confiança, a segurança, a empatia, o respeito e a dedicação. A relação deve basear-se numa comunicação aberta acerca das alterações que possam ocorrer durante o processo, respondendo sempre de forma sincera para que estejam preparados e informados das mudanças que possam ocorrer (Gomes, 2010).

A existência de protocolos de luto nestas unidades com etapas a seguir e a cumprir em diferentes fases, nomeadamente antes do falecimento, na agonia e após o falecimento (nas primeiras 24 horas, entre a primeira e segunda semanas, aos três meses, aos seis meses e um ano após), são uma forma de evidenciar a relevância que é dada ao apoio familiar nesta fase da vida. Tive a oportunidade de assistir e até mesmo participar ativamente na situação antes do falecimento e na agonia, sendo as informações e as atividades instituídas fundamentais para a prevenção de lutos patológicos e uma adaptação ajustada à situação. O envolvimento mútuo nos cuidados potencia a coesão da família, partilhando através de uma comunicação aberta, medos, esperanças e alegrias, mas também momentos de mal-estar e ansiedade perante o confronto da terminalidade do familiar doente (Barbosa, 2010). Na UAD, não me foi possível, em tempo útil, assistir a uma consulta de luto. Teria sido importante esta experiência para perceber a forma como a família reage à mesma e como se está a adaptar à situação.

Achei muito dignificante o cuidado que ambas as Unidades têm na transmissão da informação aos pares após o falecimento do doente: “Sr. F. faleceu esta manhã tranquilo na companhia da esposa e uma amiga. Família em grande sofrimento mas ajustado...”; “D.<sup>a</sup> M. contactou telefonicamente no início da manhã a dar a informação que o Sr. C. faleceu serenamente esta noite...” Aquando destas experiências e efetuando uma ponte para a minha prática diária de cuidados, apercebo-me da frieza e muitas vezes da forma desumanizada como é feito este acompanhamento antes e após a morte. Muitas vezes é através de um telefonema que é dada a notícia, desconhecendo-se por completo a forma como a pessoa que está do outro lado vai reagir, uma vez que não houve tempo para o estabelecimento de uma relação que permitisse ajudar no processo de adaptação à situação. É nestes pequenos, grandes pormenores que reside a excelência do Cuidar.

Tive a oportunidade de na UCP assistir a uma conferência familiar que para Neto (2008) é uma forma estruturada de intervenção na família. Esta teve como finalidade clarificar os objetivos dos cuidados e prestar apoio e aconselhamento, através da gestão de expectativas. Apesar de ter sido um momento doloroso para aquela família, uma vez que houve uma confrontação com o agravamento do estado clínico da doente, ficou bastante claro, que esta técnica é geradora de reforço das relações familiares e da relação com os profissionais de saúde.

O cumprimento destes três objetivos específicos foram preponderantes para a execução do meu objetivo geral e tiveram um forte contributo para a etapa seguinte que seria a da sensibilização, motivação e adesão dos pares para a área do Cuidar em fim de vida aquando da realização do ensino clínico em contexto de trabalho.

## **2.2- Serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa**

Com os ensinamentos clínicos realizados na área específica dos CP, onde incluo todo o trabalho autónomo realizado no decorrer dos mesmos, adquiri competências que me permitiram aumentar e padronizar boas práticas na prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, dirigindo as respostas às necessidades destes, refletindo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por conseguinte, seria fundamental no meu contexto de trabalho, efetuar uma aplicabilidade da aprendizagem realizada segundo duas vertentes: uma de autoformação na qual ficaria responsável pela prestação de cuidados diretos aos doentes oncológicos em fim de vida e suas famílias, mobilizando os conhecimentos adquiridos e consultando a evidência produzida em Enfermagem; e uma outra vertente de intervenção junto dos pares, sensibilizando-os para a importância de implementação de ações paliativas num SMI e agindo como um dos enfermeiros de referência na área do Cuidar em fim de vida.

A realização deste ensino clínico correspondeu à última etapa deste percurso, para o qual a formação que adquiri nesta área específica do Cuidar revelou-se preponderante para atingir as duas vertentes referidas. Permitiu-me desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que traduziram uma segurança, confiança e um propósito fundamentado nas minhas ações, assim como agir como elemento dinamizador junto da restante equipa de Enfermagem na divulgação e mobilização de estratégias que visaram a implementação de ações paliativas. Capelas e Neto (2010, p. 795) afirmam que “para que as ações paliativas sejam uma realidade, torna-se necessário antes de mais a adequada formação dos profissionais, no sentido de melhorar os conhecimentos, competências e perícias, mas também as atitudes, pois são estas que mais claramente influenciam a mudança”. À semelhança dos outros ensinamentos clínicos, também para este, elaborei um plano de trabalho onde defini os meus objetivos específicos e as atividades selecionada para os atingir.

4º Objetivo específico: Identificar as necessidades da equipa de Enfermagem do serviço de Medicina Interna relativamente ao cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família.

A obtenção de competências que permitissem um cuidado ajustado às necessidades dos doentes oncológicos em fim de vida e suas famílias, tal como já tive oportunidade de mencionar, surge de uma inquietação pessoal traduzida por uma dificuldade em lidar com toda a problemática que envolve o fim de vida. Ultrapassado este obstáculo, promover uma continuidade do caminho percorrido no meu contexto de trabalho e tendo por meta a otimização dos cuidados prestados a estes doentes e famílias, seria fundamental para garantia da humanização e dignificação destes, envolver a restante equipa de Enfermagem. Este facto levantou em mim algumas questões, nomeadamente: a) será que esta problemática é encarada pela restante equipa de Enfermagem como relevante e necessária?, b) terá a equipa dificuldades em lidar com o doente oncológico em fim de vida?, c) e com a sua família? d) como poderei intervir como futura Enfermeira Especialista junto dos meus pares?

Por forma a dar resposta às minhas questões e a intervir de acordo com as necessidades da equipa de Enfermagem elaborei um questionário para efetuar uma sondagem de opinião (Apêndice 5) que foi preenchido pelos pares após autorização do pedido enviado à Direção de Enfermagem do respetivo Centro Hospitalar de Lisboa (Apêndice 6, Anexo 2). A sua aplicação decorreu durante o mês de Janeiro do corrente ano, para que na altura da realização do ensino clínico em contexto de trabalho as atividades desenvolvidas fossem de encontro aos resultados obtidos. O anonimato e a confidencialidade das respostas foram garantidos e para um total de 17 enfermeiros houve uma percentagem de resposta de 76,5% ( $N=13$ ). Estes resultados poderão ter estado relacionados com o facto de alguns colegas estarem ausentes do serviço no período de aplicação da sondagem e ainda por motivos que me foram alheios. Apesar de não ter obtido uma participação de 100%, consegui uma maioria representativa tendo procedido à análise das respostas. Esta análise posteriormente foi partilhada com a restante equipa de Enfermagem aquando de uma sessão de informação realizada para apresentação, mais formal, do meu projeto de estágio e das atividades futuras a desenvolver perante os resultados obtidos. O plano da referida sessão encontra-se em Apêndice 12 e da sondagem de opinião saliento alguns resultados que abordo de seguida.

A equipa de Enfermagem tem uma média de idade de 29 anos e 7 de exercício profissional. A grande maioria ( $N=10$ ) não tem formação específica em CP. Existe 1 elemento com formação avançada na área (tendo realizado um curso de Medicina paliativa lecionado por uma EIHSCP) e dois elementos com formação específica e diferenciada (um que desenvolveu a problemática da dor total na pessoa a vivenciar doença oncológica em CP e o outro a problemática da promoção da esperança no doente em fim de vida). Estas formações específicas são de valorizar, uma vez que têm contribuído positivamente para a mudança de algumas práticas no Cuidar em fim de vida, despertando a restante equipa para aspetos relevantes a ter em conta nesta fase do ciclo da vida, assim como para fundamentar as ações e sugestões perante a restante equipa multidisciplinar.

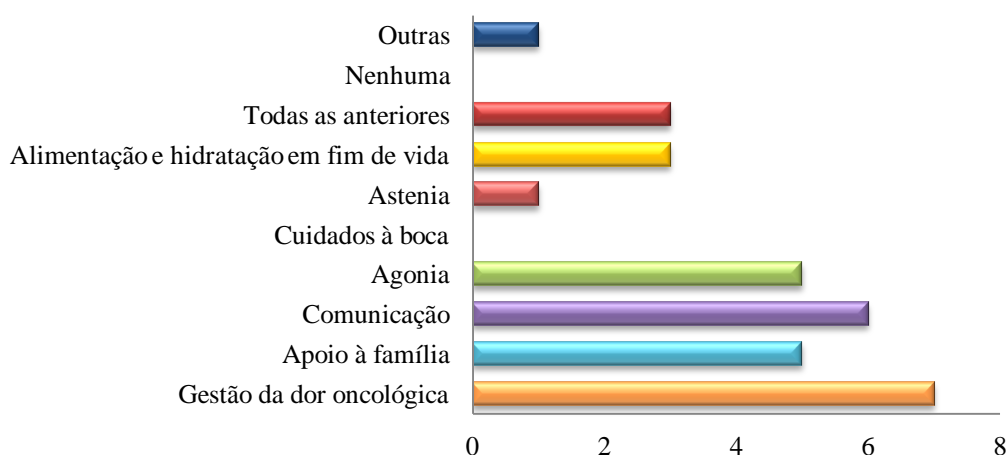
As primeiras quatro questões do questionário relacionavam-se com os conhecimentos sobre os princípios e filosofia dos CP, e os resultados obtidos demonstraram que a equipa tem uma familiarização com estes, tendo presente que doente e família são a unidade recetora de cuidados e que a avaliação das necessidades dos doentes é indispensável para um adequado controlo de sintomas. Ainda se verificou alguma relutância relativamente ao modelo de intervenção dos CP, havendo elementos ( $N=3$ ) que discordaram ou não tinham opinião destes poderem ser introduzidos como complementaridade na abordagem curativa. Na questão 8 referente às áreas fundamentais e centrais dos CP e apesar da diversidade das respostas, o controlo de sintomas, a comunicação, o trabalho de equipa e o apoio à família foram referidos. Alguns elementos dissociaram a dor do controlo de sintomas, o apoio no luto do apoio à família e outros, encararam o conforto como uma área fundamental, não me parecendo desapropriado refletindo uma preocupação efetiva na promoção deste na fase final da vida.

Relativamente às questões que abordavam as ações paliativas e efetuando uma interpretação das mesmas pude constatar a pertinência da minha intervenção enquanto futura Mestre e Enfermeira Especialista na divulgação, partilha, mobilização e implementação destas ações. Assim, nas afirmações 5 e 6 que abordavam a temática das ações paliativas, nomeadamente elementos da sua definição e locais possíveis de desenvolvimento, verificou-se um número considerável de enfermeiros que não concordavam ou que não tinham opinião, especificamente: ( $N=8$ ) na afirmação 5 e ( $N=5$ ) na afirmação 6. Estes resultados obtidos

ressalvaram a importância de intervir junto da equipa no que concerne à divulgação dos níveis de diferenciação de CP contemplados no PNCP (2010-2016) assim como emanados pela EAPC.

Tendo em conta que o meu ensino clínico teria a duração de aproximadamente 5 semanas e estando ciente que não seria possível abordar tudo quanto desejaria, optei por saber quais eram as áreas onde os colegas tinham maior necessidade de formação para a promoção de uma melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família. Assim para a questão 9 da sondagem de opinião os resultados encontram-se representados no gráfico n.º 1.

**Gráfico 1.** Necessidades de formação identificadas pelos Enfermeiros de um serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa, com base nos dados obtidos com a aplicação da sondagem de opinião.



Houve um enfermeiro que identificou como necessidade de formação, na opção *outras*, as terapias não farmacológicas para o controlo sintomático. No final da sondagem de opinião havia um espaço onde poderiam ser dadas sugestões, não tendo nenhum dos pares preenchido.

Com a análise e interpretação das respostas dadas pelos pares emergiram algumas necessidades indispensáveis para a otimização dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, sendo elas: a) a temática das ações paliativas, b) o controlo sintomático, c) a comunicação, d) o apoio à família e e) as intervenções de Enfermagem na



fase agónica. Desta forma, penso ter atingido o objetivo específico proposto através da aplicação de atividades ajustadas, tendo-me permitido em tempo útil, programar estratégias de intervenção futuras junto dos pares que fossem de encontro aos resultados obtidos.

5º Objetivo específico: Implementar estratégias que respondam às necessidades da equipa de Enfermagem do serviço de Medicina Interna no que respeita ao cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família.

Com a realização deste ensino clínico deparei-me com algumas preocupações para as quais existiram uma forte motivação interior para minorá-las. Se por um lado era minha intenção mobilizar os conhecimentos e as aprendizagens adquiridos nas unidades específicas de CP, por outro tinha como preocupação a operacionalização de estratégias de intervenção junto da equipa de Enfermagem de forma a agitar consciências na tentativa de promover futuramente mudanças de comportamento, que traduzissem uma melhoria das respostas dirigidas às necessidades do doente oncológico em fim de vida e sua família, ao nível básico da palição. Para Benner (2001, p. 200): “as funções educativas, relacionais e as observações da enfermeira têm um papel maior na readaptação do doente e na promoção da saúde. Mas uma tal aproximação holística implica necessariamente experiência e a continuidade dos cuidados.” Sustento o meu agir nesta afirmação, tendo plena consciência de que a implementação de ações paliativas de Enfermagem neste SMI, não dependeriam só das minhas intervenções junto dos doentes e famílias, nem das minhas intervenções como elemento de referência e dinamizador para a restante equipa de Enfermagem, mas também da necessidade de toda a equipa experienciar a concretização dessas ações e de todos juntos agirmos com o mesmo objetivo comum, levando a uma continuidade dos cuidados que promova o bem-estar e o conforto destes doentes e famílias.

A minha intervenção junto da equipa teve que ter em consideração o facto de estarem mais cinco elementos da equipa a frequentar o curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem. Este aspeto teve influência uma vez que tal como eu, também estes colegas tinham o objetivo de intervir junto dos pares, correndo o risco de estes últimos ficarem desmotivados. Neste sentido, tive que ter em atenção a melhor forma de chegar junto aos colegas para promover uma manutenção da motivação e acima de tudo traduzir, no futuro,

ganhos não só para o doente e família, como também para os enfermeiros, para a equipa de Enfermagem como um todo e para a equipa multidisciplinar.

Para colmatar a necessidade da temática das ações paliativas no decorrer da sessão de informação já abordada (Apêndice 7), à medida que ia apresentando os resultados obtidos com a sondagem de opinião efetuava a associação com o que está preconizado pelo PNCP 2010-2016. Ter apresentado o meu projeto na mesma sessão, dando ênfase à sua pertinência fundamentado na evidência científica, permitiu que a equipa estivesse desperta, atenta e ciente de que seria possível e necessário a implementação de ações paliativas neste SMI. Nesta sessão estiveram presentes 10 enfermeiros, o que corresponde a uma percentagem de adesão de 58.8%. Possivelmente teria sido pertinente repetir a sessão, no entanto a existência de outras sessões de informação por outros pares, pelos motivos expostos anteriormente, não o permitiram. Adotei como estratégia deixar o conjunto de diapositivos num dossier existente no serviço que está relacionado com a formação em serviço e que pode ser consultado por qualquer enfermeiro ou outro profissional de saúde. Outra estratégia utilizada e bastante valorizada pelos pares foi o recurso a dois vídeos, um acerca da filosofia dos CP e outro acerca dos direitos dos doentes terminais. A avaliação desta sessão foi efetuada com recurso ao documento já existente no serviço tendo ficado presente que a sessão correspondeu às expectativas dos pares, tendo estes ficado bastante satisfeitos.

Considerei pertinente efetuar uma segunda sessão de informação abordando o tema do doente oncológico em fase agónica (Apêndice 8), uma vez que me permitiu chegar a outros pontos identificados como uma necessidade. Através desta sessão abordei as fases paliativas, o controlo sintomático, o apoio à família e estratégias de comunicação passíveis de mobilizar com o doente e família que adquiri ao longo deste percurso e que são fundamentais para a condução destas situações e para a menorização do sofrimento dos intervenientes. Saliento entre outras a escuta ativa, a compaixão, o cuidar empático, o feedback, o toque afetivo e terapêutico, a estratégia dos dedos cruzados e a importância do não-verbal.

Foi também nesta sessão que pude informar os pares e sensibilizá-los para a existência e uma posterior consulta do *Liverpool Care Pathway* como um programa que se focaliza nas necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e de informação dos doentes e cuidadores nos últimos dias de vida.

A aplicação de um estudo de caso fictício, foi uma mais-valia implicando uma reflexão dos participantes acerca da prática de cuidados nesta fase da vida, esperando que futuramente evidencie uma mudança de comportamentos mais dirigida às necessidades dos doentes e famílias. Benner (2001, p. 57) afirma que : “quando introduzimos situações que ultrapassam os (...) meios de compreensão e de abordagem, descobrimos um domínio virgem onde a aprendizagem é necessária”. Desta forma, procurei mobilizar um estudo de caso com algum nível de complexidade e de ambiguidade que fosse de encontro aos das situações reais, tal como defendido por Benner (2001).

Esta sessão teve uma percentagem de adesão de 70,6%, com a presença de mais 4 alunos de enfermagem a frequentarem o segundo e quarto ano do curso de licenciatura em Enfermagem. A partilha de experiências e a análise e interpretação do estudo de caso implicou a discussão e reflexão dos elementos presentes, tendo-se revelado uma sessão muito positiva, útil e de grande interesse para o serviço em questão. Para a avaliação formal da sessão recorreu-se ao mesmo documento já referido para a primeira sessão de informação de onde sobressai que os pares ficaram bastante satisfeitos.

Outra estratégia que mobilizei foi a criação de um dossier com artigos científicos pertinentes para a temática em questão, nomeadamente abordando as questões espirituais e éticas, a família, a comunicação e o controlo sintomático. Serve de consulta não só para a equipa de Enfermagem, no esclarecimento de dúvidas ou aprofundamento de conhecimentos, mas poderá vir a ser útil na sustentação do nosso agir perante a equipa Médica.

Procurei motivar os pares para que tivessem um papel o mais ativo possível, pois considero que, tal como Benner (2001) defende, a experiência no terreno é fundamental. Assim, em conjunto com mais 3 elementos da equipa de Enfermagem que demonstraram interesse em participar, encontro-me na fase de conclusão de um documento intitulado, “Controlo sintomático: guia orientador de ações paliativas”, que tem como objetivo fulcral dar resposta às necessidades sentidas pela equipa de Enfermagem na abordagem ao doente em fim de vida no contexto deste serviço de internamento de medicina interna. Está alicerçado na evidência científica e pretende apresentar um conjunto de intervenções não farmacológicas e farmacológicas que permitam ao doente de quem cuidamos o controlo de sintomas e uma possível melhoria do bem-estar e qualidade de vida. Os sintomas que abordamos neste guia

emergiram de uma necessidade da prática de cuidados e são evidenciados pela bibliografia como dos mais prevalentes em doentes com necessidades crescentes de abordagem paliativa. Está estruturado por sintomas, que são apresentados por ordem alfabética, constando em cada um deles uma sucinta descrição do mesmo, seguido das medidas não farmacológicas e farmacológicas. Consideramos que este documento ajudará os enfermeiros prestadores de cuidados na sua prática diária, podendo estes recorrer ao mesmo em situações de dúvida, maior insegurança e até para fundamentação do seu agir. Tem o apoio de um farmacêutico e de elementos da equipa médica. Perspetivamos futuramente, perceber junto da equipa a eficácia da sua utilidade e se tal se verificar, apresentá-lo à Direção de Enfermagem e alargá-lo ao restante departamento de Medicina.

Neste ensino clínico também tive oportunidade, e era minha intenção, de prestar cuidados diretos a doentes oncológicos em fim de vida e sua família. Senti uma grande evolução na minha forma de interpretar as situações, tendo conseguido aplicar um olhar dirigido à globalidade das mesmas. Para Benner (2001, p. 55): “esta compreensão global melhora o (...) processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, (...) permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes.” Demonstrei uma maior sensibilização para os pormenores, tentando incluir ativamente a família nos cuidados prestados, valorizando a importância de uma comunicação eficaz e dirigida aquelas necessidades. Consegui que os doentes verbalizassem as suas verdadeiras preocupações e este aspeto resulta da minha segurança nas situações, reconhecimento das minhas intencionalidades e mobilização das aprendizagens efetuadas até então. Como forma de espelhar a minha evolução, o meu crescimento e a minha atuação junto destes doentes e famílias, efetuei o registo de situações pontuais como é o caso do Apêndice 9, onde evidencio a importância da experiência para uma segurança e confiança aumentadas no nosso agir. Esta experiência e estes sentimentos, ajudaram-me na compreensão da situação assim como na condução da mesma, tal como evidencio nessa reflexão (p.6) ao descrever que “o ser traqueostomizado foi por mim encarado como algo já natural. Não senti aquele nervosismo e receio no estabelecimento da relação, uma vez que no ensino clínico anterior tinha estado com um doente nas mesmas circunstâncias tendo desenvolvido os aspetos da comunicação não-verbal, indispensáveis em todas as situações, mas nestas em especial.” As experiências concretas passadas guiam as perceções e os atos das enfermeiras peritas permitindo-lhes apreender rapidamente a situação (Benner, 2001). Também nesta reflexão dou ênfase à necessária complementaridade dos CP

com os curativos, tendo sempre como objetivo major a manutenção da qualidade de vida e o conforto do doente.

Neste ensino clínico, procurei durante as passagens de ocorrências, transmitir aos colegas, o trabalho que tinha desenvolvido com os doentes para promover a continuidade dos cuidados. Também os meus registos de Enfermagem sofreram alterações, tendo conseguido incluir outras dimensões do sofrimento para além do físico, como por exemplo:

(...) fâcies triste com comportamento sugestivo de saturação e preocupação pelo futuro da sua condição física. Prestado apoio emocional, através da escuta ativa, da legitimação das suas emoções...Demonstrada disponibilidade para estar presente e dada oportunidade de companheira ficar junto deste...

Procurei estar atenta ao trabalho desenvolvido até então nesta temática, encarando-o como um aliado para o desenvolvimento do meu objetivo. Este facto verificou-se ao aplicar a ESAS durante a minha prestação direta de cuidados aos doentes oncológicos em fim de vida. Este é um instrumento que apesar de não estar aprovado no presente hospital, foi implementado no serviço por um colega com formação diferenciada e permitiu-me uma visão mais dirigida para as necessidades dos doentes assim como uma adequação das estratégias para resposta às mesmas.

Com o aumento do número de enfermeiros com formação avançada na área específica dos CP neste SMI, considero que gradualmente se tem conseguido incorporar uma nova filosofia de cuidados que é de natureza paliativa. Nem toda a equipa Médica está desperta para esta área do cuidar e, apesar de um franco desenvolvimento na humanização do Cuidar em fim de vida nos últimos anos, a realidade é que ainda se assiste ao que vem descrito na literatura em termos de obstinação terapêutica e prolongamento do sofrimento total. A minha intervenção durante este ensino clínico foi mais um passo rumo à mudança.



### **3- IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

O percurso efetuado permitiu-me valorizar a aquisição da experiência adquirida numa área diferenciada dos cuidados de Enfermagem, revelando-se a prática reflexiva e a fundamentação dos conhecimentos baseados na evidência científica como determinantes para o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ter tido a oportunidade de contactar com peritos na área do Cuidar em fim de vida e ter aprofundado conhecimentos específicos e indispensáveis para o reconhecimento e respeito pela singularidade e dignidade dos doentes e famílias, permitiram consciencializar-me que a implementação de ações paliativas num SMI é da responsabilidade individual de cada profissional, sendo necessárias condições específicas para o seu desenvolvimento. Para Barroso (2010, p. 104): “o universo das acções paliativas (...) é vasto e diversificado e, para além, de requisitos técnicos adequados depende, sobretudo, da sensibilidade e intencionalidade do profissional que as pode executar”.

Analisando a minha prática de cuidados diária, bem como a dos meus pares, consigo reconhecer que a implementação de ações paliativas neste SMI, tem fatores facilitadores e inibidores com os quais me fui, e vou, confrontando e que influenciam diretamente a resposta às necessidades dos doentes oncológicos em fim de vida e suas famílias e, consequentemente, os cuidados prestados a estes. Assim como fatores facilitadores identifico: a) a existência de elementos da equipa de Enfermagem com formação específica em CP (fomentam uma sensibilização da restante equipa, atuam como elementos dinamizadores e de referência nesta área específica do Cuidar e implementam estratégias e medidas na procura de uma melhoria dos cuidados prestados, onde incluo todas as atividades que desenvolvi junto dos pares, incluindo o guia de controlo sintomático a ser implementado; b) estrutura física do serviço (ter três quartos individuais é uma mais valia, uma vez que permite respeitar a privacidade do doente em fim de vida e um acompanhamento contínuo por parte da família); c) a flexibilidade da equipa de Enfermagem (relativamente ao horário das visitas, possibilitando e promovendo a presença da família nestas situações concretas, incluindo durante o período da noite); d) o conhecimento e familiarização da equipa de Enfermagem com os princípios e a

filosofia dos CP; e) a aplicação da ESAS e f) a existência de uma EIHSCP. Para Capelas e Neto (2010), a implementação de protocolos de abordagem sintomática, o registo de instrumentos de avaliação tipo ESAS, tempo e espaços adequados para cuidar do doente e família e profissionais com formação avançada em CP nos serviços são medidas que se devem institucionalizar e que promovem adequadas abordagens paliativas generalistas. Os mesmos autores reforçam que a atividade de consultoria desenvolvida pelas EIHSCP tem efeitos benéficos que se traduzem numa melhoria do controlo sintomático, redução dos tempos de internamento com consequente diminuição dos custos hospitalares e uma resposta adequada às necessidades dos doentes e famílias, incluindo as psicossociais e espirituais.

Como fatores inibidores identifiquei: a) renitência em consultar e referenciar para a EIHSCP (desta forma, poder-se-á estar a comprometer todos os benefícios descritos anteriormente), b) doentes e famílias mal informadas (dos diagnósticos, dos prognósticos; tendo uma implicação direta na nossa forma de atuação, exigindo um trabalho de equipa e a constituição de uma aliança terapêutica atempada para dar resposta às necessidades reais dos doentes e famílias, o que nem sempre se verifica), c) falta de formação específica em CP, incluindo por parte da equipa Médica.

A profunda reflexão efetuada neste percurso de formação acerca da importância de ser Mestre e Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente nas fases paliativas no domínio da oncologia revelou-se preponderante para o objetivo proposto que era o da melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família. A comunicação revelou-se um instrumento fundamental na abordagem a estes doentes e famílias. A evolução positiva da abordagem paliativa na prática direta de cuidados neste SMI é de valorizar, perspetivando futuramente, que esta abordagem se vá fortificando não deixando de esquecer que como futura Mestre e Enfermeira Especialista tenho o dever de continuar a promover estratégias de implementação de ações paliativas, nomeadamente a criatividade, o desenvolvimento de sessões de informação, a promoção de atitudes paliativas e a continuidade das ações paliativas desenvolvidas assim como o incentivo à reflexão sobre as práticas.



## 4- CONCLUSÃO

Ao longo desta caminhada e com a conclusão deste relatório, que certamente me ajudou a clarificar as várias etapas ultrapassadas (onde incluo os desafios, as angústias, as alegrias e as aprendizagens), admito ter adquirido uma nova identidade profissional. Ter um olhar dirigido para a preservação da dignidade humana, aceitando a vulnerabilidade do doente oncológico em fim de vida e a sua família, respeitando a sua autonomia e efetuando uma balanço constante entre os princípios da beneficência e não-maleficência, revelam-se imperativos éticos determinantes na tomada de decisão para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados nesta área específica do Cuidar. Estes deveres éticos estiveram sempre presentes e foram determinantes para o meu agir, daí os ter abordado ao longo deste relatório nos momentos que considerei oportunos e, não ter efetuado um capítulo isolado.

Os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste curso, a autoformação numa procura constante pela evidência científica atualizada como forma de sustentação das minhas intervenções e decisões, a mobilização da filosofia de Patricia Benner e dos princípios e filosofia dos CP, assim como as experiências vivenciadas e refletidas nos ensinamentos clínicos traduziram ganhos pessoais, profissionais e ganhos para o doente oncológico em fim de vida e sua família.

Como *ganhos pessoais* destaco a importância que dou aos pormenores e aos aspetos simples e únicos que a vida nos proporciona e a minha reação em termos atitudinais e comunicacionais perante situações mais complexas do dia-a-dia onde procuro mobilizar competências acrescidas e adquiridas no decorrer deste Curso que se revelam benéficas na interação com os outros.

Como *ganhos profissionais* identifico a minha maior capacidade de argumentação e negociação com a equipa multidisciplinar, o ser reconhecida como um elemento de referência na abordagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família, a segurança com que

planeio e executo os cuidados prestados e a minha intervenção junto dos pares implicando a estes uma reflexão das práticas e consequente melhoria das mesmas através da implementação de ações paliativas dirigidas ao alvo dos cuidados.

*Os ganhos para o doente oncológico em fim de vida e sua família* dizem respeito a uma resposta mais adequada e dirigida às suas necessidades em todas as dimensões, traduzindo uma menorização do sofrimento total e uma melhoria da qualidade de vida.

Efetuando um balanço do caminho percorrido considero que atingi os objetivos a que me propus tendo recorrido a atividades pertinentes para a sua concretização. Tive oportunidades únicas de aprendizagem que certamente contribuirão para o meu crescimento pessoal e profissional. As competências técnicas, científicas e relacionais adquiridas permitem-me classificar no que concerne à implementação de ações paliativas na abordagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família, segundo o modelo de Deyfrus utilizado por Patricia Benner, num nível de “Perita”. No entanto, tenho plena consciência que existe um longo caminho ainda a percorrer junto dos pares e da restante equipa multidisciplinar, uma vez que muitas das ações paliativas a implementar são interdependentes. Um olhar dirigido, especializado e fundamentado assume-se como um forte contributo e fundamental para a humanização dos cuidados que são prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família num serviço de internamento de agudos.

## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J.L.A., Cunha, S.R.P., Cristo, J.M.F., & Lacerda, R.P.P. (2004). A vivência dos familiares de doentes com doença oncológica em fase terminal de vida numa unidade de cuidados paliativos. *Revista Investigação em Enfermagem*. 10, 28-37.
- Araújo, L.Z.S., Araújo, C.Z.S., Souto, A.K.B.A., & Oliveira, M.S. (2009). Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62, 32-37. [acedido em 04.05.2012] Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/05.pdf>
- Araújo, D., & Linch, G.F.C. (2011). Cuidados Paliativos Oncológicos: Tendências da Produção Científica. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 1 (2), 238-245. Acedido em 11-11-2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2482/1636>
- Araújo, M.M.T. Silva, M.J.P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*. 46, 626-632. Acedido em 24-01-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>
- Assembleia da República (2012). *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*. Lisboa. Acedido em 11-04-2013. Disponível em: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *O que são Cuidados paliativos*. [acedido em 25.06.2012] Obtido em <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>
- Astudillo, W., Mendinueta, C. & Granja, P. (2008). Cómo Apoyar al Cuidador de un Enfermo en el Final de la Vida. *Psicooncologia*. Vol. 5, 2-3, 359-381.
- Azevedo, E. & Nunes, M. (2009). *Terapia subcutânea no câncer avançado- Série Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA). Acedido em 01-04-2013. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia\\_subcutanea.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia_subcutanea.pdf)

- Barbosa, A. (2010). Sofrimento. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). (p.563-593). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barroso, R.M.S. (2010). *Condições para o Desenvolvimento de Acções Paliativas em Unidades de Internamento de Agudos*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bertachini, L. & Pessini, L. (2010). A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Revista Bioethikos*. 4, 315-323. Acedido em 13-11-2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>
- Brant, J.M. (2010). Palliative Care For Adults Across The Cancer Trajectory: From Diagnosis to End of Life. *Seminars in Oncology Nursing*. Vol. 26, 4, 222-230.
- Capelas, M.L. (2010). Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos de Saúde*. Vol. 3, 2, 21-26.
- Capelas, M.L. & Neto, I.G. (2010). Organização de Serviços. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). (p.785-814). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carvalho, M.L.G. (2007). Morte, cuidados paliativos e a família do doente terminal. *Nursing*. 17, 36-40.
- Carvalho, C.S.U. (2008). A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 54, 87-96. Acedido em 11-11-2012. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/Rbc/n\\_54/v01/pdf/revisao\\_7\\_pag\\_97a102.pdf](http://www.inca.gov.br/Rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf)
- Capelas, M.L.V. (2008). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*. Vol. 2, 1, 51-57.
- Costa, J.F., Testoni, R.I., Kalinke, L.P., Visentin, A., Tuoto, F.S., Bettega, R.T.C. & Bozza, S.M. (2006). Uma visão de Enfermagem sobre os Cuidadores Familiares e suas dificuldades no Cuidado Domiciliar do paciente oncológico. *Prática Hospitalar*. Ano VIII, 48, 105- 108.

- Decreto - Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho. *Diário da República I Série-A*, N.º 109, 3856-3865. Acedido em 01-04-2013. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2006/06/109A00/38563865.pdf>
- European Oncology Nursing Society, EONS. (2005). *Post-basic Curriculum in Cancer Nursing*. (3ª Edição). Acedido em 05-05-2013. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSPostBasicCurriculum-en.pdf>
- Erwin, R.L. (2010). Therapy for Advance Stage Cancer: What do Patients want and expect? A Patient Advocate's Perspective. *The Oncologist*. 15 (suppl 1), 11-12. Acedido em 08-04-2013. Disponível em: [http://theoncologist.alphamedpress.org/content/15/suppl\\_1/11.full.pdf+html](http://theoncologist.alphamedpress.org/content/15/suppl_1/11.full.pdf+html)
- Ferreira, N.M.L.A., Souza, C. L. B., & Stuchi, Z. (2008). Cuidados paliativos e família. *Revista Ciência Médica*. 17, 33-41.
- Fradique, E.M.S. (2010). *Efectividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Fonseca, J.V.C. & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64, 180-184. Acedido em 08-04-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>
- Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care*. 20, 86-90. Acedido em 10-04-2013. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=xc-tl28Ttfk%3d&tabid=194>
- Gomes, A.M.R. (2010). O Cuidador e o Doente em Fim de Vida- Família e/ou Pessoa Significativa. *Enfermería Global*. 18, 1-9.
- Germano, A., Carvalho, C., Martins, C., Nunes, L. Amaral, M. & Vieira, M. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros.
- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M.J. (2010). Apoio à família. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). (p.751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Hanson, S.M.H. (2004). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.
- Houttekier, D., Cohen, J., Bilsen, J., Addington-Hall, J., Onwuteaka-Philipsen, B. & Deliens, L. (2009). Place of death in metropolitan regions: Metropolitan versus non-metropolitan variation in place of death in Belgium, The Netherlands and England. *Health & Place*. 16, 132-139.
- Inocenti, A., Rodrigues, I.G., & Miasso, A.I. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 11, 858-865. [acedido em 04.05.2012] Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf>
- Joad, A.S.K., Mayamol, TC & Chaturvedi, M. (2011). What does the Informal Caregiver of a Terminally Ill Cancer Patient Need? A study from a Cancer Centre. *Indian Journal of Palliative Care*. 17, 191-196. Acedido em 14-11-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=125&sid=1b1aa68c-ebc6-4cf7-b2ac-8e16151f26dc%40sessionmgr114>
- Lukas, R. & Payne, S. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 16, 278- 289. Acedido em 10-04-2013. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3d&tabid=735>
- Lukas, R. & Payne, S. (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*. 17, 22- 33. Acedido em 10-04-2013. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3d&tabid=735>
- Macedo, J.C.G.M. (2011). *Educar para a Morte*. Coimbra: ALMEDINA.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I.G., Capelas, M.L., Tavares, M. & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em portugal. *Revista Patient Care*. Vol. 14,152, 32-38.
- Marrie Curie Cancer Care (2012). *Helping you understand the Liverpool Care Pathway*. Acedido em 01-04-2013. Disponível em: <http://www.mariecurie.org.uk/Documents/Q812-LCP-carer-info-5-26-nov.pdf>

- Melo, T.M., Rodrigues, I. G. & Schmidt, D.R.C. (2009). Caracterização dos Cuidadores de Pacientes em Cuidados Paliativos no Domicílio. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 55, 365-374. Acedido em 11-11-2012. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v04/pdf/365\\_artigo6.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/365_artigo6.pdf)
- Modelo de Desenvolvimento Profissional (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista*. Conselho de Enfermagem.[acedido em 20.05.2012] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Monteiro, F.F., Oliveira, M. & Vall, J. (2010). A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. *Revista Dor*. 11, 242-248. Acedido em 24-01-2013. Disponível em: [http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume\\_11/n%C3%BAmero\\_3/pdf/volume\\_11\\_n\\_3\\_pags\\_242\\_a\\_248.pdf](http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_3/pdf/volume_11_n_3_pags_242_a_248.pdf)
- Moreira, I.M.P.B. (2006). *O doente terminal em contexto familiar* (2ª Edição). Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda.
- Nascimento, H. (2010). Astenia. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). (p.213-228). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I.G. (2008). As conferências familiares como estratégia de intervenção e apoio à família em cuidados paliativos. *Dor*. Vol.16, 3, 27- 34.
- Neto, I.G. (2010). Modelos de Controlo Sintomático. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). (p.61-68). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I.G. (2010). Palliative care development is well under way in Portugal. *European Journal of Palliative Care*. 17, 278-281.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Cadernos OE. Acedido em 19-04-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 10-01-2013. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2002). *WHO definition of Palliative Care*. Acedido em 01-04-2013. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2007). *WHO control del cáncer, aplicación de los conocimientos, Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, cuidados paliativos*. Acedido em 08-04-2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2008). *WHO cancer mortality in Portugal*. Acedido em 20.06.2012. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/countries/prt\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf)
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Pereira, J.L. (2010). Gestão da Dor Oncológica. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). (p.69-125). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Portugal.Ministério da Saúde.Direcção Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2010-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2011-2013)*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Acedido em 07-07-2012. Disponível em: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf)
- Portugal.Ministério da Saúde.Direcção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 -2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 10-04-2013. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (2007-2010). Acedido em 02.03.2012. Disponível em [www.acs.min-saude.pt/files/2009/09/pnpcco-versao-final-8-julho-2009.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/09/pnpcco-versao-final-8-julho-2009.pdf)



- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição). (p.461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Regional Palliative Care Program (2001). *Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*. Capital Health.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2003). In: A. Germano, C. Carvalho, C. Martins, L. Nunes, M. Amaral, & M. Vieira (Ed.), *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. (p. 164 – 171). Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 122/2011. Diário da República. 18 de Fevereiro de 2011. 2ª Série, p. 8648-8653. Acedido em 20.06.2012. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
- Rodrigues, J.S.M. & Ferreira, N.M.L.A. (2011). A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 13, 338-346. Acedido em 12-11-2013. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8980/9641>
- Santana, J.C.B., Barbosa, N.S. & Dutra, B.S. (2012). Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o enfermeiro. *Enfermagem Revista*. 58-71. Acedido em 08-04-2013. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:BBIY1w-P0coJ:periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/download/3273/3653+&hl=pt->
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11, 59-62
- Santos, D.B.A., Lattaro, R.C.C. & Almeida, D.A. (2011). Cuidados Paliativos de Enfermagem ao Paciente Oncológico Terminal: Revisão da Literatura. *Revista de Iniciação Científica da Libertas*. Vol. 1, 1, 72-84. Acedido em 08-04-2013. Disponível em: [www.libertas.edu.br/revistalibertas/downloadpdf.php?r.../artigo05](http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/downloadpdf.php?r.../artigo05)
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P. & Lopes, M. (2008). Cuidar em fim de vida. *Dor*. Vol.16, 3, 5-14.

- Simões, J.F., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. 6, 91-108
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1- Reflexão crítica n.º1 realizada no contexto do Ensino Clínico na UAD  
(metodologia do Ciclo de *Gibbs*)

## **Introdução**

A confrontação com cada um dos elementos que compõem a definição de CP tem sido uma constante nestes últimos dias. Para a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006) estes cuidados são uma resposta ativa aos problemas decorrentes de doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

Na área dos cuidados em fim de vida, a experiência que tenho está relacionada com a minha prática na prestação de cuidados diretos (SMI), com um curso avançado dirigido ao tema, com as aulas lecionadas neste mestrado e com um estágio de observação realizado numa EIHSCP. Não estou a desvalorizar essa minha experiência, até porque a considero fundamental para compreender e analisar criticamente a fase académica em que me encontro. Mas também tenho consciência que este local de estágio (UAD) é preponderante para atingir as competências pretendidas. Toda a atuação dos cuidados é dirigida para a satisfação das necessidades do doente e família, aquilo que para eles é o importante, havendo sempre sensatez na avaliação dos possíveis riscos existentes em determinadas situações. Aquando da existência destes riscos, a negociação entre a equipa, doente e família é uma constante. A combinação da ciência e do humanismo é visível diariamente, quando todas as manhãs ao chegarmos nos recebem com um sorriso nos lábios e verbalizam as suas alegrias, dúvidas, receios e angústias.

Para a realização desta reflexão crítica irei recorrer à metodologia do Ciclo de *Gibbs* discriminando cada uma das seis etapas que o caracterizam: descrição, sentimentos vivenciados, avaliação da situação seguida da sua análise e posterior conclusão. No final surgirá o planeamento da ação.

## **Descrição da Situação**

O Sr. C. tem 78 anos de idade, tem um carcinoma da bexiga com metastização hepática e está a ser seguido neste hospital desde Julho de 2012. Tem 3 filhas e uma enteada. A Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. é sua esposa e a cuidadora informal. No primeiro contacto que tive com esta família senti a forte ligação que os une, através dos olhares carinhosos, do tom de voz calmo e da troca de carinhos. Encontrei o Sr. C. acamado, com alterações/dificuldades na mobilização, algaliado permanentemente. Na altura mantinha ingesta oral, tinha capacidade para comunicar e estava dotado das suas capacidades cognitivas.

Tenho acompanhado a equipa da UAD, praticamente em todos os dias que faço estágio, à casa do Sr. C. Tornei-me um rosto conhecido e sinto que sou bem recebida pela Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M.

O Sr. C. foi piorando o seu estado geral, com diminuição do estado cognitivo. Numa das visitas, apresentava estertor com acessos de tosse produtivos e já revelava alguma resposta tardia em termos de reflexo de deglutição. Quando chegámos a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. abriu a porta e estava com fâcies triste, tendo mesmo verbalizado: “Hoje não estou nos meus dias. Não gosto de estar assim. Estou muito desanimada com o meu C.” A enfermeira entrevistou: “Estamos aqui para ajudar Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M., O que a preocupa?” Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. responde: “Ele hoje está cheio de tosse, não quis comer a sua torrada e queixa-se de muitas dores.” De facto o Sr. C. estava com gemidos intensos colocando a sua mão na região supra-púbica. Já não tinha capacidade de comunicar verbalmente, fazendo-o através de gestos e acenos de cabeça. Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M, acrescenta que: “É tão difícil lhe dar a medicação. Fico assustada porque ele engasga-se muito.”

Nesta visita, não intervi em termos comunicacionais, tendo estado atenta a estratégias de comunicação mobilizadas pela enfermeira. Nesse dia a medicação oral foi substituída para via subcutânea tendo sido efetuado ajuste terapêutico para controlo sintomático e foi prestado apoio emocional.

Na visita seguinte que efetuei, o Sr. C. encontrava-se em fase agónica. Na anterior (à qual não assisti, tinha-se trabalhado com a família no sentido de a preparar para os sinais do fim de vida e dada informação acerca dos aspetos legais em caso de falecimento).

De seguida apresentarei os dois momentos de interação, nos quais vai incidir a minha reflexão crítica.

### **1º Momento de Interação**

Nesse dia, quando chegámos, cumprimentei a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. Entrámos no quarto onde está o Sr. C. e apercebi-me que estava sereno, fâcies tranquilo e aparentemente confortável. Apresentava estertor. Perguntei à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M.: “Conseguiu descansar esta noite?” Respondeu: “Nem por isso, demorei muito a adormecer.” Acenei com a cabeça e mantive o silêncio e a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. continuou: “Esse barulho da expetoração faz-me muita aflição e depois ele também tem umas pausas mais prolongadas e fico um pouco sobressaltada”. Continuei a acenar com a cabeça e respondi: “ Compreendo que para si este som lhe cause angústia, mas é mais aflitivo para nós que estamos deste lado do que para o Sr. C. Como o Sr. C. já não tem capacidade para mobilizar a expetoração e está maioritariamente de boca aberta, o ar a passar provoca este som. Compreende? ”Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. responde: “Mas é tão aflitivo”. Reforcei perguntando: “ Quando olha para o Sr. C. nota alguma alteração no seu rosto que lhe dê sinal de que está incomodado ou desconfortável?” Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. responde: “Não, quando isso acontece eu percebo logo”. “ Então D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup>. ninguém conhece melhor o Sr. C. que a senhora. De qualquer forma tem os SOS para administrar se a farfalheira aumentar.”

### **2º Momento de Interação**

Numa outra visita, mantendo-se o Sr. C. em agonia e estando este prolongamento a causar angústia a toda a família, a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. olha para mim e diz colocando a mão sobre os seus olhos e esfregando: “Faz-me confusão estar tanto tempo sem comer e beber”. Respondi: “Compreendo que essa situação lhe possa estar a afligir, mas o comer e o beber não são prioridade para o organismo do Sr. C. É importante humedecer a boca, os lábios, as gengivas com a esponja...” Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. responde “Sim isso tenho feito, até porque ele tem sempre a boca muito seca” Acenei com a cabeça e disse: “Nesta fase, esse conforto é que é importante. Comer e beber não lhe traria benefício, nem iria alterar a situação. Faz parte deste trajeto.”Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. acenou com a cabeça e disse: “Pois...” Senti necessidade de dizer: “ Têm sido uma família de coragem, e têm feito tudo muito bem.”

## Sentimentos e Pensamentos

Optei por estes dois momentos de interação, porque esta foi uma família que me tocou particularmente e porque considero que são muito enriquecedores, envolvendo as várias dimensões presentes nos CP, fazendo-me refletir diariamente a minha ação enquanto futura mestre e enfermeira especialista.

Para uma família conseguir lidar com estas situações de grande fragilidade e confrontação com as percas do seu ente querido, é preciso que por detrás exista um suporte físico, emocional, instrumental e uma forte relação terapêutica centrada na confiança e no respeito mútuo. Para Twycross (2003, p. 18): “ a essência dos cuidados paliativos é a *aliança* entre a equipa de cuidados e o doente e sua família.”

Este ensino clínico tem sido muito importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Tem sido difícil por vezes lidar com o sofrimento dos doentes e famílias e a forma como a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. reagiu às perdas sucessivas do Sr. C. são de valorizar fazendo-me refletir acerca da condição humana e da capacidade que existe para nos conseguirmos adaptar às circunstâncias da vida. A comunicação entre o profissional de saúde e a família pode fazer sobressair muitos anseios, medos e dúvidas, proporcionando um vínculo, importante para a fase do fim de vida (Lima, Silva & Silva, 2009). Foi através da comunicação que intervi e no primeiro momento de interação identifico como sentimentos positivos a tranquilidade que senti no meu tom de voz e que penso que passou para a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. No entanto também sentimentos negativos estiveram presentes como o nervosismo, receio e insegurança por não saber se a minha intervenção estaria a ser a mais adequada. Estou a lidar com situações de grande emoção e fragilidade familiar, não querendo de todo potenciar esta situação mas sim proporcionar alívio da angústia.

No segundo momento de interação senti mais segurança na forma como respondi. Mais uma vez penso que o sentimento de tranquilidade esteve presente e que de alguma forma, a minha intervenção ajudou para minimizar a angústia sentida pela Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M.

Da observação que fui fazendo das intervenções das enfermeiras e da minha reflexão diária, apercebi-me que tenho por vezes dificuldade em saber se as minhas intervenções



comunicacionais são as mais adequadas e pertinentes para o momento. Terão sido as minhas intervenções adequadas? Consegui atingir o objetivo terapêutico de normalização da angústia? Será que para a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. a minha intervenção foi de encontro às suas necessidades? Neto (2008, p.28) defende que:

os profissionais devem ter uma atitude proactiva no âmbito da comunicação e procurar ir de encontro às necessidades do doente e sua família(...). Se estes factos forem ignorados, os profissionais de saúde em cuidados paliativos correm o risco de desumanizar as suas respostas, de não intervir adequadamente no sofrimento associado à doença terminal e de não atingir o nível de excelência desejável.

### **Avaliação**

Refletindo acerca dos dois momentos de interação descritos consigo avaliar a situação e identificar elementos facilitadores e inibidores da mesma.

Como elementos facilitadores encontro o acompanhamento e a observação das intervenções dos elementos da equipa que constituem a UAD (foram uma mais valia para saber como reagir a situações de grande complexidade emocional); a mobilização e integração dos conhecimentos teóricos na prática, a abordagem da família como sujeito de cuidados, a comunicação com a equipa multidisciplinar (o diálogo e o feedback das enfermeiras que tenho acompanhado, têm-me permitido evoluir positivamente na minha prestação) e a relação estabelecida com a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M.

Como elementos inibidores identifico o confronto com as minhas limitações pessoais e profissionais (a dificuldade em ter abordado o tema da morte no primeiro momento de interação) e o receio de a minha intervenção não responder às necessidades em questão.

### **Análise**

Fazendo uma análise da situação considero que a minha intervenção foi adequada e embora no momento não conseguisse nomear a intencionalidade das minhas intervenções, hoje consigo perceber que quando as aplico tenho um objetivo terapêutico a atingir. Nesta interação descrita, escutei ativamente. Como o fiz? Não me limitei a ouvir, tendo tido a capacidade de codificar, interpretar o que me era dito, conseguindo dar uma resposta adequada por forma a atingir o referido objetivo terapêutico que seria a normalização da angústia. Para

Pacheco (2004) a capacidade de escuta é fundamental numa relação de ajuda, passando por utilizar todos os sentidos para captar a experiência da outra pessoa

Também atenuiei medos e quando me refiro ao facto de compreender a sua angústia estou a demonstrar uma compreensão empática, assim como uma reflexão pelos sentimentos que a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. transmitiu. Tenho conseguido colocar-me do outro lado para uma melhor compreensão das situações, embora também consiga reconhecer que a vivência não é minha mas de quem está à minha frente. Este aspeto é muito relevante para a minha estabilidade emocional enquanto profissional de Enfermagem e é suportado por Pacheco (2004, p.132-133) ao afirmar que o enfermeiro:

...deve ser capaz de penetrar no mundo do doente, adoptar o seu ponto de vista, perceber correctamente o que ele sente, captar o impacto que a morte e a sua aproximação têm para ele, mantendo, no entanto, sempre a diferença entre o “eu” e o “outro”.

Mobilizei estratégias de comunicação como o silêncio (para permitir a expressão de mais preocupações), os acenos de cabeça (demonstra compreensão) e o reforço positivo da relação entre ambos e da importância dessa para o conhecimento da comunicação não-verbal do Sr. C.

O ter mencionado a presença dos SOS foi uma forma de transmitir segurança e prevenir a ansiedade à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. para quando estivesse sozinha com o Sr.<sup>o</sup> C. e não conseguisse lidar com o barulho da farfalheira. Rodrigues e Ferreira afirmam que: “os cuidados prestados pela família, bem como a segurança com que são executados dependem da orientação e apoio da equipe de saúde, não apenas ensinando, mas atentando-se para as dificuldades que a família poderá apresentar, a fim de preveni-los.”

No entanto quando saí deste momento de interação e refleti acerca do mesmo, apercebo-me que a angústia da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. poderia ter sido melhor normalizada. A questão “Compreende” não é a forma mais correta para lidar com estas situações. Dá a entender que se o outro não compreendeu o erro não foi meu, mas sim do que está do outro lado ao não perceber. O mais correto teria sido colocar a seguinte questão: “Fiz-me entender? Desta forma, a pessoa terá

mais à vontade para dizer que não compreendeu (uma vez que esta compreensão não depende dele mas sim da pessoa que está a dar informação).

Não lhe dei feedback relativamente aos períodos de apneia do Sr. C. E porquê? Penso que naquele momento não o fiz porque não sabia como introduzir o tema da morte, talvez por receio de fragilizar ainda mais a situação. O facto de ter observado a equipa de Enfermagem em momentos anteriores foi uma mais-valia para a minha intervenção posteriormente. Como enfermeira num SMI, onde o alvo dos cuidados são, maioritariamente, idosos, a problemática da morte surge com frequência. No entanto, nem sempre temos a capacidade de falar com os doentes e seus familiares acerca deste tema. Parece haver um certo receio, possivelmente relacionado com o facto de não termos criado uma relação próxima com aquele doente e família e por esse motivo não sabemos como vão reagir à situação. Também poderá relacionar-se com a própria dificuldade dos enfermeiros e o pouco à vontade para comunicar em situações tão delicadas. Para Frias (2010) os enfermeiros só podem ajudar as pessoas na satisfação das suas necessidades se, eles próprios viverem sentimentos de adequação e bem-estar.

Com a realização deste ensino clínico tenho-me apercebido da importância de se falar do tema da morte com naturalidade. Ao ajudar a família a percorrer este caminho com serenidade, estando informada do que vai acontecer, esta adquire uma maior segurança e no momento do desfecho o impacto e o choque, muitas vezes manifestado com reações de revolta e alguma agressividade passam a ser vivenciados com tranquilidade. Tornam-se famílias mais ponderadas e até mesmo confiantes, sentindo que tiveram um papel ativo e confortador para com o seu familiar no momento da morte (aspecto fulcral para a prevenção de um luto patológico). Num luto antecipatório de uma família em relação a um dos seus membros em período terminal de vida, a equipa de saúde solícita cada vez mais a família a participar nos cuidados (Barbosa, 2010).

Analisando o segundo momento de interação, considero que progredi ao conseguir falar da morte como um trajeto natural em que o comer e o beber podem não ser indicativos de benefício e, penso que esse aspeto tenha sido importante para que aquela família aceite com a maior tranquilidade e segurança o desfecho da situação. Aquando da realização do meu

projeto e tendo em conta os cinco estados de perícia de Benner (2001), coloquei-me no nível de competente precisamente pelo facto de ter bases para saber cuidar bem e fazer frente a imprevistos. Com a realização deste ensino clínico tenho progredido e consegui encarar esta situação na sua globalidade, não tão profundamente quando desejo no final deste percurso, mas considero que já avancei de forma muito positiva.

A intervenção para os cuidados à boca sugerida, foi no sentido de proporcionar ao Sr. C. o maior conforto possível. O apoio emocional por mim prestado passou por uma desmistificação de medos e mitos relativos à ingesta oral, pelo esclarecimento de dúvidas e pelo reforço positivo das ações desenvolvidas por parte da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. Senti-me bem com a minha intervenção e penso que as estratégias de comunicação adotadas foram as corretas.

## **Conclusão**

Na análise destes dois momentos de interação consigo perceber os ganhos obtidos em termos de aprendizagem ao estar a estagiar na UAD. Melhorei a minha segurança perante situações que envolvem uma carga emocional e espiritual elevadas. Situações que me tocam em particular consigo enfrentá-las e refletir acerca da melhor forma para ajudar aquele doente e família. A comunicação é sem dúvida nenhuma indispensável aos CP e uma área de extrema relevância para se atingir as necessidades do doente e família e criar uma aliança terapêutica. Comunicar eficazmente é uma necessidade básica na atenção ao doente e família em CP (Querido, Salazar e Neto, 2010). Até ao momento aprendi em termos de controlo sintomático, mas a grande evolução que sinto é na área do apoio à família e da comunicação. Perceber a intenção de determinada estratégia de comunicação tem sido uma mais-valia. Na minha prática de cuidados apercebo-me de que algumas coisas até já poderia fazer, mas o não refletir acerca das mesmas fez com que não me apercebesse da intenção das minhas ações e até mesmo do benefício que poderiam trazer para a minha relação com o doente e família. Definir objetivos terapêuticos por forma a satisfazer as necessidades do doente e família será a forma de atuar na minha prestação direta de cuidados ao doente em fim de vida e sua família. Nesta fase da vida, os objetivos e os planos a curto prazo são redefinidos e como enfermeiros temos um papel preponderante no acompanhamento e no sucesso para a concretização dos mesmos. Para Magalhães (2009, p.88): “cuidar não envolve apenas tarefas específicas mas depende da qualidade e tipo de relação mantida, envolve atender, física, mental e emocionalmente às

necessidades do outro e assumir o compromisso de dar suporte, promover o crescimento e reparação do outro.”

Que mais poderia ter feito? Considero que reagi de acordo com as minhas capacidades e limitações aos dois momentos de interação. O facto de não ter abordado o tema da morte no primeiro momento não prejudicou o meu diálogo com a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. Considero que consegui amenizar a angústia mesmo sem ter dado resposta aos períodos de apneia que poderiam estar a causar inquietação. É muito importante termos segurança naquilo que queremos transmitir até porque o nosso não-verbal demonstra muito aquilo que estamos a sentir e a coerência da nossa mensagem ao outro. Para Pacheco (2004, p. 130): “...a ajuda do enfermeiro ao doente em fase terminal deve basear-se numa verdadeira escuta(...), na empatia(...), na congruência- e nunca na falta de autenticidade.”

### **Planear a Ação**

Com o decorrer do estágio e com a implementação das minhas intervenções, espero no futuro reagir a situações idênticas, cada vez mais confiante e segura do meu objetivo terapêutico, mobilizando as competências técnicas, científicas e relacionais adquiridas. Procurarei junto da equipa de Enfermagem do serviço onde exerço funções agir como dinamizadora na implementação de ações paliativas (onde o treino de competências comunicacionais está incluído), apostando na formação em serviço enriquecendo-a e mobilizando a experiência que tenho obtido. O treino das competências de comunicação dos profissionais atenua as dificuldades e barreiras à comunicação em questões relacionadas com o fim da vida (Querido, Salazar e Neto, 2010).

As reflexões na e sobre a prática são contributos importantes para nós, enquanto pessoas inseridas numa sociedade, enquanto enfermeiros inseridos numa equipa; uma vez que permitem o nosso crescimento pessoal e profissional, levando à consciencialização das nossas ações. Magalhães (2009, p. 98) suporta esta ideia ao afirmar que: “a reflexão nas experiências de cuidar de doentes em fim de vida e das suas famílias tem, claramente, o potencial de promover o desenvolvimento pessoal.”

## Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *O que são Cuidados paliativos*. [acedido em 25.06.2012] Obtido em <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>
- Barbosa, A. Processo de Luto. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Frias, C.F.C. (2010). *O processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida: encontro de corpos*. Tese de Douturamento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. [acedido em 04.05.2012] Obtido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3746/2/ulsd60863\\_td\\_Tese\\_Cidalia\\_Frias.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3746/2/ulsd60863_td_Tese_Cidalia_Frias.pdf)
- Lima, A.C., Silva J.A.S. & Silva, M.J.P. (2009). Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. *Cogitare Enfermagem*, 14, 360-367. [acedido em 10.04.2012] Obtido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/15630/10401>
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Neto, I.G. (2008). As conferências familiares como estratégia de intervenção e apoio à família em cuidados paliativos. *Dor*, Vol.16, 3, 27- 34
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (2ª Edição). Loures, Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rodrigues, J.S.M., Ferreira, N.M.L.A. (2011). A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13, 338-346. [acedido em 28.06.2012] Obtido em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8980/9641>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª Edição). Lisboa, Climepsi

APÊNDICE 2- Reflexão crítica n.º2 realizada no contexto do Ensino Clínico na UCP  
(metodologia do Ciclo de *Gibbs*)

## **Introdução**

Cuidar de doentes e famílias numa fase da vida em que a possibilidade de cura já não existe, passando a intervenção dos enfermeiros pela prestação de cuidados que visam a manutenção da qualidade de vida e o alívio do sofrimento, foram desde o início da minha atividade profissional uma área de interesse pessoal. Ao exercer funções na área da prestação direta de cuidados num SMI, procuro encontrar e desenvolver estratégias que possam ser aplicadas pela equipa de Enfermagem na otimização dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família. Desta forma, considereei que a realização de um estágio numa UCP seria de extrema relevância e uma mais-valia para atingir as competências a que me proponho.

Em CP a relação assume-se como central no processo de cuidados, na qual o doente é agente no processo terapêutico. As suas vontades, as suas preferências, os seus desejos são tão importantes como o controlo de determinado sintoma físico que possa estar alterado. Cuidar o doente e a sua família em contexto hospitalar requer um esforço conjunto de uma equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro assume funções autónomas e outras interdependentes que são indispensáveis. Estas funções, em CP, assumem especial relevância tendo em conta que o alvo dos cuidados não é a doença em si, mas sim, a pessoa que tem a doença e a sua família.

Realizar este estágio tem sido uma experiência agradável estando a ter oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos na área e, acima de tudo, de refletir na e sobre a ação.

Este presente documento trata-se de uma reflexão crítica de uma das minhas interações utilizando como metodologia o Ciclo de *Gibbs*, na qual irei discriminar cada uma das seis etapas que o caracterizam: descrição, sentimentos vivenciados, avaliação da situação seguida da sua análise e posterior conclusão. No final surgirá o planeamento da ação.

Estas reflexões ajudam-me a organizar o meu pensamento e a avaliar a situação de forma estruturada contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional uma vez que o pensamento crítico leva a uma consciência sustentada das ações desenvolvidas, permitindo no futuro uma resposta, em situações idênticas, mais ajustada.



## **Descrição da Situação**

O Sr. J. é um doente que está internado nesta UCP desde o dia 10 de Janeiro do corrente ano. Tem 67 anos de idade e tem como diagnóstico principal um carcinoma do pavimento celular da amígdala esquerda. Em agosto de 2012 foi internado na sequência de uma queda com traumatismo crânio-encefálico e durante o mesmo foi-lhe detetada uma adenopatia cervical à esquerda com cerca de 5 cm de diâmetro requerendo a realização de exames complementares que confirmaram o diagnóstico já referido. É internado nesta Unidade para controlo sintomático e gestão do regime terapêutico.

Tem como antecedentes pessoais uma doença hepática crónica de origem etanólica, hipertensão arterial e epilepsia. Como fatores de risco para além do álcool há referência a também ser fumador. Em meados de setembro, a neoplasia expandiu para a parede posterior da orofaringe e seios periformes com volumosa metastização ganglionar. Realizou quimioterapia que suspendeu por agravamento do estado geral. No final desse mesmo mês deixa de ter capacidade para deglutir e inicia quadro de dificuldade respiratória, tendo-lhe sido colocada uma gastrostomia percutânea (PEG) e uma traqueostomia, respetivamente.

Viúvo. Tem uma filha que reside na sua casa. História familiar problemática com conflitos entre a filha e os irmãos do Sr. J. Filha desempregou-se para poder cuidar do pai.

Há referência a que o Sr. J. tenha tido vários internamentos em consequência do álcool e que fugiu diversas vezes do hospital. Também há descrição em processo clínico de apresentar alguns períodos de agressividade.

Sr. J. está acamado, totalmente dependente nas atividades de vida diárias. Não comunica verbalmente, apenas pontualmente por mimica labial. Muito emagrecido com palidez facial e com uma espasticidade marcada a nível dos quatro membros. Tem abertura espontânea dos olhos, mas nem sempre dirige o olhar.

### **Momento de Interação**

No início do meu estágio (aproximadamente 3º turno) e após a passagem de ocorrências numa manhã, dirigi-me ao quarto do Sr. J. com o intuito de o cumprimentar assim como de perceber se teria algum desconforto a que pudesse dar resposta no momento. Entrei no quarto e o Sr. J. estava posicionado com a face direcionada para a porta do mesmo e encontrava-se de olhos fechados. Dirigi-me ao mesmo e disse: “Bom dia, Sr. J.”; aguardei. Sr. J. abriu os olhos, não tendo dirigido o olhar. Coloquei-me de forma a que os meus olhos estivessem no mesmo nível e na mesma direção dos do Sr. J. e voltei a verbalizar num tom de voz um pouco mais elevado e pausadamente (para que o Sr. J. pudesse ler nos meus lábios): “Bom dia”. Sr. J. respondeu com mimica labial: “Bom dia”. Perguntei: “Como se sente?”, Sr. J. não respondeu. Insisti: “Tem dores?”. Não obtive resposta. Procurei mobilizar como estratégia o abrir e fechar dos olhos e solicitei, tocando no seu braço: “Sr. J. se tiver dores feche os olhos”. Sr. J. não fechou. Para certificar-me de que estava a entender a minha mensagem, pedi: “Sr. J. se estiver confortável feche os olhos”. Não obtive nenhum feedback (aparentemente). Aguardei um pouco, observei com atenção o fâcies do Sr. J. e parecia-me sereno, tranquilo e confortável. Um pouco incomodada com a situação disse ao Sr. J.: “Eu já cá volto, até já”. Sr. J. dirigiu o olhar e disse com mimica labial: “Até já”. Quando estava a sair do quarto voltei a olhar para o Sr. J. e estava vígil, aparentemente confortável, com os olhos direcionados para a parede.

### **Sentimentos e Pensamentos**

Quando iniciei o meu ensino clínico nesta UCP senti-me confiante e com expectativas muito elevadas. O ensino clínico anteriormente realizado na UAD ajudou-me a adquirir competências que considero fundamentais e essenciais para atingir os objetivos a que me proponho, nomeadamente na área da comunicação (provavelmente uma das áreas que exige um maior investimento da minha parte). Adquiri, aprofundei e mobilizei estratégias de comunicação indispensáveis no lidar com o doente em fim de vida e sua família, como sendo

a escuta ativa, a compreensão empática, a importância de refletir no que me é transmitido, de reforçar positivamente o trabalho desenvolvido, a estratégia dos dedos cruzados, entre outras. Considero que é através da comunicação que consigo chegar ao outro e entendê-lo na sua verdadeira essência, identificando as suas necessidades e procurando dar resposta às mesmas. A comunicação assume-se como um processo complexo e como atributo essencial ao cuidado de qualidade no fim da vida (Araújo & Silva, 2012). Gomes (2010, p. 2) afirma que: “é quem cuida que deve clarificar o que ainda faz sentido nos cuidados e na relação em fim de vida, apesar das perdas, das alterações físicas e psíquicas, dos fracassos terapêuticos e da sua impotência para aliviar completamente o sofrimento”.

Selecionei este momento de interação e fez-me sentido refletir acerca do mesmo porque foi algo que me inquietou. Vários foram os meus pensamentos de dúvidas: Estarei a fazer uma correta interpretação da situação?, Estarei a ajudar da melhor forma? Que significado terá o Sr. J. da minha prestação? Mas a grande inquietude que se manifestou em mim foi: Como posso ajudar esta pessoa? Como chego até ela?

Desta interação consigo identificar sentimentos positivos e negativos. Como sentimentos positivos quero realçar a tranquilidade com que me aproximei do Sr. J. e geri a situação, manifestada pelo meu tom de voz, pela minha proximidade ao doente. Também consigo identificar o sentimento de saber-estar perante estas situações complexas de cuidado, assim como o sentimento de confiança, tendo mobilizado estratégias de comunicação já apreendidas e fulcrais para o estabelecimento de uma aliança terapêutica. A insegurança e a impotência são sentimentos negativos por mim vivenciados na interação, uma vez que o feedback não correspondeu ao que esperava no momento. Também o facto de não ter conseguido perceber o que poderia estar a incomodar o Sr. J. e não saber se o poderia ter ajudado de alguma forma gerou em mim um sentimento de fracasso.

## **Avaliação**

Analisando e refletindo o momento de interação descrito, consigo identificar o que se revelou bom e mau na experiência. Considero que existiram fatores facilitadores e outros inibidores da situação.

Como fatores facilitadores identifico:

- A mobilização e integração dos conhecimentos teóricos na prática,
- As estratégias de comunicação adquiridas no anterior ensino clínico,
- O trabalho de equipa e a comunicação adequada dentro da equipa, uma vez que permitiram-me ter uma ideia da situação geral do Sr. J. A partilha de informação durante as passagens de turno, as reuniões de equipa e as conversas informais ao longo dos turnos ajudaram a ter uma consciencialização, embora um pouco redutora, da história de vida do Sr. J., incluindo a situação social da sua família e os conflitos familiares existentes. Este conhecimento é fulcral e tem que ter sido em conta sempre que me aproximo do Sr. J. e estabeleço relação com ele. Como estará a vivenciar esta situação?

Como fatores inibidores identifico:

- A inexistência de comunicação verbal na interação por parte do Sr. J.,
- O pouco conhecimento da história de vida do Sr. J. (quem foi aquela pessoa, os seus gostos e preferências, a relação que tinha com o ambiente que o rodeia...),
- Receio de a minha intervenção ter sido pouco ajustada à situação podendo traduzir a não obtenção da satisfação das necessidades do doente,
- O confronto com as minhas limitações pessoais e profissionais (a dificuldade na gestão da comunicação não verbal).

## **Análise**

A razão pela qual escolhi este momento de interação prende-se com o facto de, nesta área do doente em fim de vida, nunca ter estado com um doente sem capacidade de comunicação verbal. Bem sei que em qualquer relação que estabelecemos a comunicação não-verbal está sempre presente e é de extrema relevância para ambos os intervenientes, podendo dar-nos “pistas” acerca da forma como progredir com a relação. Querido, Salazar & Neto (2010) suportam esta ideia afirmando que: “(...) 75% da comunicação se faz com base nos aspectos não verbais, sendo estes mais genuínos e menos sujeitos à censura do consciente”. Os mesmos autores consideram que o comportamento não-verbal poderá complementar e reforçar a mensagem transmitida oralmente, ou pelo contrário, poderá torná-la menos credível e consistente.

No entanto, na situação descrita a comunicação não-verbal assume-se como elemento fulcral e indispensável para a possível satisfação das necessidades do Sr. J., e se não for ajustada, poderá condicionar a forma como o Sr. J. se sente acompanhado e compreendido. Nesta situação específica a comunicação é forçosamente não-verbal, por limitações do doente, na qual o domínio dos aspetos essenciais do comportamento não-verbal é imprescindível. Este facto leva-me novamente a questionar se a minha intervenção foi a mais adequada à situação.

Cuidar em fim de vida implica o conhecimento (para além das características pessoais do doente, da sua história de vida anterior, da sua crença religiosa) dos sentimentos vivenciados durante o processo de adaptação à doença. A ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares, sendo os resultados terapêuticos relacionados com a busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual (Sapeta, 2011).

Na minha interação os sentimentos negativos de frustração e impotência prenderam-se com o facto de conhecer pouco do Sr. J. Apercebi-me da importância de saber quem foi e quem é aquela pessoa, a forma como reagiu e se adaptou ao processo de doença. Penso que a obtenção deste conhecimento poder-me-ia ajudar na interpretação da mensagem não-verbal emitida pelo Sr. J. no momento da interação. O não me ter dirigido o olhar, estará relacionado com o facto de não o conseguir fazer por limitações relacionadas com a doença, ou terá sido uma forma de me evitar? São questões às quais não terei resposta uma vez que me faltam dados cruciais para a interpretação desse facto. No entanto, se há uns tempos atrás achava que não tinha forma de poder chegar e ajudar o Sr. J. e sua família, hoje com a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento, em curso, de competências no cuidar em fim de vida, sei que existe um caminho que se pode percorrer no sentido de ajudar este doente e família.

Na relação estabelecida consigo identificar fatores que influenciaram a comunicação não-verbal. Twycross (2003) inclui na comunicação não-verbal a expressão facial, o contacto olhos nos olhos, a postura (sentado ou de pé), o tom e a vivacidade da voz e o toque. Para Araújo e Silva (2007, p. 670): “(...)a comunicação não-verbal do profissional é o factor determinante para o estabelecimento do vínculo de confiança do qual depende o cuidado”.

Considero que a linguagem corporal que utilizei na interação foi ajustada. O me ter inclinado para ficar ao mesmo nível/altura do Sr. J. foi uma forma de evitar uma barreira à comunicação, afastando do Sr. J. sentimentos de inferioridade ou de perda de poder na relação. Desta forma, a postura adotada facilita a comunicação, transmitindo uma sensação de preocupação e de vontade genuína de ajudar (Querido, Salazar & Neto, 2010).

O contacto visual estabelecido e o ter colocado os meus olhos frente aos seus foi uma forma de demonstrar interesse pelo que me estava a transmitir assim como preocupação e procura de compreensão pela sua possível mensagem de retorno. Para Araújo e Silva (2007), manter o contacto por meio do olhar faz com que o profissional passe a mensagem silenciosa de que se importa com o que o doente está a sentir, sendo um aspeto facilitador para o cuidado integral e humanizado.

Utilizei uma expressão facial compatível com a minha comunicação verbal. Abordei o Sr. J. com o esboço de um sorriso e penso que a minha expressão facial transmitia preocupação em tentar perceber a mensagem de retorno do Sr. J. Quando existe congruência entre a linguagem verbal e a expressão facial há a transmissão de uma sensação de interesse genuíno, de esperança e de verdadeiro compromisso (Querido, Salazar & Neto, 2010). Uma vez que não obtive resposta que me desse um feedback positivo ao facto de estar confortável e não ter dores, foi através da expressão facial do Sr. J. que penso que percebi que estava tranquilo e confortável. Não apresentar o franzir das sobrancelhas, o ter os olhos bem abertos refletiram um fâcies sereno e calmo.

O ter tocado no braço do Sr. J. foi uma forma de criar alguma proximidade na interação como forma de dar abertura para a expressão de sentimentos. Parece ter sido bem aceite, no entanto penso que não conhecia suficientemente bem o Sr. J. para o fazer, podendo ter tido uma conotação negativa, interpretando como uma invasão da sua intimidade. Twycross (2003, p. 38) afirma que: “colocar a mão na mão ou no braço do doente pode bastar para reduzir a sensação de isolamento- embora devamos ter sempre presentes as normas culturais.” Num estudo realizado por Araújo e Silva (2012) acerca da utilização de estratégias de comunicação em CP por parte dos profissionais de saúde, o toque afetivo, o olhar, o sorriso e a proximidade física foram as mais citadas pelos profissionais como as mais utilizadas para o estabelecimento de um vínculo empático. Para Querido, Salazar & Neto (2010) o contacto

físico e o toque são aspetos da comunicação não-verbal que introduzem maior proximidade na interação, transmitindo ao doente a ideia de partilha de sofrimento.

No que respeita ao tom da minha voz penso ter sido adequada. Tentei articular as frases e o ritmo da mesma por forma a que o Sr. J. conseguisse perceber o que lhe estava a perguntar. É-me difícil perceber se o Sr. J. tem capacidade auditiva mantida ou não. Daí o ter elevado o tom da voz e ter conseguido resposta. Aparentemente tem capacidade auditiva diminuída. Ter adequado o tom da voz foi uma forma de demonstrar segurança e interesse.

No final da interação optei por sair do quarto e regressar um pouco mais tarde. Se no momento senti uma sensação de fracasso, agora analisando e refletindo penso que adotei uma boa estratégia. O continuar a estar ali sem obtenção de resposta por parte do Sr. J. poderia causar incómodo a ambas as partes. Não sei como o Sr. J. estava a reagir à minha intervenção, poderia querer estar sozinho, poderia não ter vontade de interagir. Afastar-me um pouco foi uma forma de lhe dar espaço. Mas também foi uma forma de eu refletir no que se tinha passado e de procurar a melhor forma de posteriormente o abordar. O ter dito que já voltava não cria no doente a sensação de abandono, demonstrando interesse em estar na sua presença futuramente.

## **Conclusão**

Estagiar nesta UCP tem-me trazido alguns ganhos em termos de aprendizagem. A análise deste momento de interação ajudou a consciencializar-me dessa situação. A complexidade de cuidados que envolve os doentes e suas famílias, o sofrimento total manifestado em cada um dos quartos são áreas que exigem da nossa parte uma intervenção adequada que vá de encontro às “agendas” dos doentes e famílias e às necessidades manifestadas por estes.

Esta reflexão ajudou-me a perceber a importância da comunicação não-verbal no estabelecimento de uma relação terapêutica. Ter consciência do nosso não-verbal é de extrema relevância. Temos de ser coerentes connosco e com a pessoa que temos diante de nós, assim como estar atentos aos sinais que o outro nos pode devolver através do seu não-verbal, uma vez que pode ser o suficiente para mudar o trajeto da comunicação.

Na minha prática profissional utilizo e observo diariamente comportamentos verbais e não-verbais, no entanto nem sempre se dá a devida atenção ao conjunto destes comportamentos em simultâneo e à mensagem que podemos tirar daí. Por vezes emitem-nos sinais que só se estivermos bem atentos conseguimos apreendê-los. Esta reflexão ajudou-me a tomar essa consciência e a estar mais atenta há existência ou não de congruência entre a comunicação verbal e não-verbal.

Que mais poderia ter feito? Tendo em conta o conhecimento que tinha do Sr. J. e da sua pessoa, penso que agi de acordo com as minhas capacidades e limitações perante a situação. Não sei se haveria outro modo de reagir, acho que iria depender muito do conhecimento da forma como o Sr. J. encara a sua situação de doença. Na interação concreta não sei se teria sido benéfico estar a insistir para obter uma resposta do Sr. J., uma vez que não sei como iria reagir a essa situação.

As estratégias não-verbais utilizadas são de valorizar uma vez que foram de encontro ao que a evidência demonstra. Não poderia ter aprofundado muito mais até porque o Sr. J. ainda não me conhecia ao ponto de termos criado uma aliança terapêutica- indispensável em CP. Para Twycross (2003, p. 18): “a essência dos cuidados paliativos é a *aliança* entre a equipa de cuidados e o doente e sua família”.

### **Planear a Ação**

Esta reflexão foi uma forma de consciencializar-me das minhas ações, tendo certamente contribuído para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional. Estar a cuidar de alguém que tem limitações na comunicação verbal, implica a mobilização de outras áreas de conhecimento assim como a mobilização de competências relacionais, técnicas e científicas que vão de encontro à compreensão do não-verbal.

Como futura mestre e enfermeira especialista procuro no futuro reagir a situações idênticas de forma mais segura e confiante e em contexto de trabalho realçar aos meus pares a importância de se estar atento ao não-verbal, assim como fazer menção à importância da utilização de comportamentos não-verbais e estratégias facilitadoras para a criação de um ambiente propício a uma relação terapêutica. Para Araújo e Silva (2012, p. 632):“(…) habilidades de comunicação não são adquiridas com o tempo, mas sim com adequada capacitação...”Daí a



importância da formação em comunicação, nomeadamente na linguagem não-verbal, visto ser o componente mais volumoso (Querido, Salazar & Neto, 2010).

## Referências Bibliográficas

- Araújo, M.M.T. & Silva, M.J.P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46(3), 626-632. [acedido em 24.01.13] Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>
- Araújo, M.M.T. & Silva, M.J.P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(4), 668-674. [acedido em 24.01.13] Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>
- Gomes, A.M.R. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida- família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*, 18, 1-9.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interacção Enfermeiro-Doente*. Loures, Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª Edição). Lisboa, Climepsi.

APÊNDICE 3- Reflexão crítica n.º3 realizada no contexto do Ensino Clínico na UCP  
(metodologia do Ciclo de *Gibbs*)

## **Introdução**

Quando folheamos um livro que fala de CP ou olhamos para o seu índice apercebemo-nos que se trata de uma área específica do Cuidar que aborda um conjunto de aspetos indispensáveis para a manutenção de uma qualidade de vida aceitável e desejável. Analisando com maior pormenor identificamos em cada um dos capítulos um objetivo terapêutico e, todos em conjunto, promovem a redução e a tentativa de alívio do sofrimento total. Desta forma é exigido aos que estão deste lado, os profissionais de saúde, um cuidado total dirigido às necessidades dos doentes e respetivas famílias.

Para mim tem sido um privilégio este meu percurso em CP. Ver e sentir que é possível efetuar o que está descrito nesses livros é muito gratificante, assim como partilhar com estes doentes e famílias uma fase tão delicada e importante das suas vidas. Confrontamo-nos com a unicidade das famílias, com o sentido de vida de cada um, com as preocupações, com os medos; mas também com a tranquilidade, a paz de espírito, a serenidade e a aceitação do momento. Hennezel (2002, p. 11) descreve que:

quem tem o privilégio de acompanhar alguém nos seus últimos instantes de vida sabe que estes entram num espaço de tempo muito íntimo. A pessoa, antes de morrer, tentará transmitir aos que a acompanham o essencial de si própria. Através de um gesto, de uma palavra, às vezes somente de um olhar, tentará dizer o que verdadeiramente conta, e que ela nem sempre pôde ou soube dizer.

Refletir as minhas ações ao longo dos dias ajuda-me a ter uma visão mais aprofundada e ampla das situações vivenciadas, permitindo ter um espírito crítico relativamente a estas, procurando no futuro melhorar o que possa não ter corrido tão bem. Este documento diz respeito a uma reflexão crítica e estruturada acerca de uma interação entre enfermeira e doente decorrente da realização do meu ensino clínico na UCP. Utilizarei como metodologia o Ciclo de *Gibbs*, discriminando cada uma das seis etapas que o caracterizam: descrição, sentimentos vivenciados, avaliação da situação seguida da sua análise e posterior conclusão. No final surgirá o planeamento da ação.

## **Descrição da Situação**

O Sr. A. está internado nesta unidade desde o dia 15 de Novembro de 2012. Tem 67 anos de idade e um diagnóstico de neoplasia da próstata com invasão colo-rectal desde 2009. Em 2010 foi-lhe diagnosticado uma neoplasia das vias biliares tendo sido intervencionado cirurgicamente. Teve recidiva desta neoplasia já sem indicação cirúrgica.

Reformado (ex- operador de máquinas industriais), casado e com dois filhos.

Tem antecedentes pessoais de estenose aórtica ligeira, colecistectomia, anemia ferro pénica, uma perturbação do comportamento pós traumatismo crânio-encefálico e é portador do Vírus da Imunodeficiência Humana. A sua esposa apresenta um distúrbio psiquiátrico, a filha teve um tumor da hipófise, que a impossibilita de ter filhos, e o seu filho tem o diagnóstico de esquizofrenia, sendo seguido na psiquiatria em ambulatório por um hospital da especialidade. Está medicado, embora nem sempre cumpra este regime terapêutico- está reformado por invalidez.

O motivo de internamento do Sr. A. foi a incapacidade do cuidador para dar resposta à situação e o controlo sintomático. Tem conhecimento pleno do seu diagnóstico e prognóstico, assim como a família.

Durante o internamento o Sr. A. tem estado consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Pouco comunicativo com fâcies sereno, mas distante e triste. Discurso contido, em voz baixa e lentificado. Efetua levante diariamente para cadeirão, andando pontualmente pelo corredor da unidade com auxílio de um andarilho. Recebe diariamente a visita da esposa e da filha, não havendo grande interação nesses momentos, nem grande partilha de afetos. A filha é uma pessoa muito fechada que aparenta estar em sofrimento emocional. A esposa aparenta estar em exaustão com dificuldade em gerir a situação do filho (que vive com ela).

**Momento de Interacção**

Num turno da tarde, após o jantar fui ter com o Sr. A. e perguntei-lhe se necessitava de alguma ajuda. Respondeu que sim, que se queria deitar. Auxiliei o Sr. A. a regressar ao leito e durante esse procedimento questionei-lhe: “Gostou de ter tido a visita da sua esposa e filha?”, Sr. A. responde: “Sim, é sempre bom. Não me sinto tão sozinho”. Apresentava um fâcies triste e preocupado. Intervi: “Parece-me triste”, Sr. A. encolheu os ombros e disse: “Tenho sempre esta preocupação”. Nessa altura já se encontrava deitado no leito. Percebi que queria falar, puxei a cadeira do quarto e sentei-me para ficar ao seu nível e disse: “Quer-me falar dessa preocupação, posso ajudar de alguma forma?”, Responde: “A minha preocupação não é a minha doença, mas a doença do meu filho” Acenei com a cabeça, verbalizei um “hum” e o Sr. A. prosseguiu: “Tentei várias vezes chegar até ele, mas não consegui”. Mantive o olhar no Sr. A. e o silêncio e este continuou a verbalizar. “Ele tem uma doença psiquiátrica que se chama esquizofrenia. É muito agressivo, não pode ver ninguém, nem vizinhos nem familiares, porque acha que o estão a perseguir, que são da polícia...” Disse: “Acredito que não tenha sido e que não seja fácil. É legítima essa sua preocupação.” Sr. A. continua e diz: “Não chegava uma doença, eram preciso duas”. Devolvi a questão: “Duas? Está-se a referir a quê, Sr. A.?”, responde: “Não chegava a doença dele, agora ainda é a minha. Tenho sofrido muito.” Perante esta afirmação senti necessidade de referir: “Tem sido um grande homem Sr. A.” ao que o mesmo responde: “Fui, já não sou...,ele maltrata a mãe e sei que ela não me conta tudo”, questionei: “Porque acha que ela não lhe conta tudo?”, Sr. A. responde: “Porque não me quer preocupar, mas eu assim fico mais ansioso. Preferia que ela me contasse as coisas... Quando eu tinha força ele tinha algum respeito, agora...estou aqui, sem força, mal consigo andar...” Perguntei: “Sr. A. quando vai a casa ao fim de semana não o vê?”, “Vejo, ele chega a casa da minha filha, estendo-lhe a minha mão e pergunto então N. estás bem?” Nesse momento Sr. A. teve um episódio de labilidade emocional. Coloquei a minha mão sobre a sua e mantive o silêncio. Posteriormente disse: “Desculpe fazê-lo falar disto. Percebo que lhe cause um grande sofrimento” ao que me responde: “ Não tem importância, isto está sempre no meu pensamento.”

## Sentimentos e Pensamentos

Durante este ensino clínico tenho experienciado múltiplos sentimentos e ao longo de cada dia vários são os pensamentos que se cruzam na minha mente. A aprendizagem tem sido francamente positiva e a interação com os doentes e famílias têm contribuído para o desenvolvimento das minhas competências técnicas, científicas e relacionais na área do cuidar o doente oncológico em fim de vida e sua família.

Analisando a interação que sustenta esta reflexão consigo identificar alguns pensamentos que me foram surgindo como: Qual a melhor forma de ajudar o Sr. A.?, Estará o Sr. A. satisfeito com a minha prestação? De facto deve ter sido uma vida de sofrimento e preocupação constante com o filho.

Foi uma interação que me tocou particularmente e na qual consigo identificar sentimentos positivos como o sentimento de bem-estar relacionado com o facto de o Sr. A. ter confiado em mim para falar de um assunto tão particular da sua vida, sentimento de confiança e segurança uma vez que me senti bem na situação, tendo conseguido mobilizar estratégias de comunicação facilitadoras da verbalização de sentimentos, e o sentimento de compaixão traduzido numa vontade enorme interior de aliviar de alguma forma este sofrimento emocional e espiritual do Sr. A. Para Bertachini & Pessini (2010, p. 321): “a compaixão é um importante elemento humano em todas as interações em cuidados paliativos.”

Como sentimento negativo posso identificar a angústia pelo facto de estar a presenciar o sofrimento do Sr. A. e ser algo que não poderia dar resposta no mediato.

## Avaliação

Revendo agora a interação consigo identificar elementos que foram facilitadores da mesma como sendo a relação já estabelecida com o Sr. A., o espaço físico facilitador da expressão de sentimentos garantindo privacidade; a disponibilidade que demonstrei para ouvir o Sr. A. e a minha postura e tranquilidade como forma de escutar ativamente. Estes elementos facilitadores vão de encontro à evidência demonstrada por Barbosa (2010) quando identifica como fatores que podem ajudar no sofrimento a criação de condições do ambiente no qual o

doente se sinta envolvido, a presença de disponibilidade, simpatia, compaixão e o sofrer com o outro.

Como elementos inibidores posso destacar a minha dificuldade e angústia em lidar com o sofrimento do Sr. A., podendo ter interferido na forma como abordei a situação, não tendo ido de encontro às necessidades do Sr. A.

## **Análise**

Quando me dirigi ao quarto para perguntar se o Sr. A. necessitava de alguma ajuda, não tinha a mínima expectativa e intuição que a conversa decorresse da forma descrita. Foi a primeira vez que o Sr. A. falou comigo acerca do filho. E porque será que sentiu essa necessidade? E porque estava tão à vontade a contar? O facto de estar a acompanhar o Sr. A. mais de perto neste ensino clínico, ajudou ao estabelecimento de uma relação terapêutica que leva à confiança e até mesmo à necessidade de partilha de algo mais profundo, emocional e de grande complexidade. Senti na interação um grande sofrimento emocional e espiritual e uma vontade enorme de o aliviar. Este sentimento é indispensável para a prática de Enfermagem em CP, pois esta assenta na importância da combinação do conforto físico, emocional e espiritual (Magalhães, 2009).

O sofrimento do Sr. A. poderá ter sido minimizado pelo facto de ter partilhado e exteriorizado os seus sentimentos, mas da minha parte era difícil de ter solução prática no momento tendo-me limitado a escutar ativamente as suas preocupações e os seus medos. Barbosa (2010, p. 575) afirma que: “o facto de o profissional estar sensível e aberto à interpretação dos significados contidos nas raízes do sofrimento facilitará determinantemente o acesso, nem sempre fácil mas imprescindível, à pessoa doente para tentar o seu alívio, aliás, também nem sempre possível(...)”.

Ao longo da interação fui colocando algumas questões abertas, como forma de dar espaço à verbalização de sentimentos e posterior identificação correta das necessidades do Sr. A. Sem estas perguntas abertas é impossível descobrir como o doente se sente, assim como as suas principais preocupações (Twycross, 2003).



Não considerei que sugestões da minha parte fossem adequadas ao momento tendo a minha intervenção passado por escutar e estar disponível. Pacheco (2004, p. 131) reforça esta minha ideia ao afirmar que : “...no sofrimento a pessoa tem muitas vezes mais necessidade de compreensão e vontade de partilhar e de ser confortada do que de ser aconselhada”

Penso que na interação fui congruente com a minha comunicação verbal e não-verbal. A minha postura (sentada numa cadeira junto ao Sr. A.), o tom de voz pausado, a minha tranquilidade e o toque ajudaram a que o Sr. A. verbalizasse a sua grande preocupação no momento. Mobilizei estratégias de comunicação como a escuta ativa, o feedback empático e o reforço positivo das ações desenvolvidas. Considero que estas foram facilitadoras para o desenrolar da interação, não tendo provocado constrangimento ou vontade de recuar por parte do Sr. A.

## **Conclusão**

Depois deste momento de interação com o Sr. A. e de alguma reflexão da minha parte, apercebi-me de que esta angústia, preocupação e tristeza sentidas pelo Sr. A. relativamente ao seu filho, transpareciam e evidenciavam um alto nível de sofrimento emocional e espiritual. Naquela situação não estava a abordar, nem tinha que dar resposta a nenhum sintoma físico, mas teria que abordar aspetos mais relacionados com o eu próprio e com o seu sentido de vida.

Achei pertinente mais tarde partilhar esta interação com a psicóloga da unidade, uma vez que esta tem tido intervenções clínicas com o Sr. A., tendo eu considerado que existiam mensagens relevantes para passar. Também partilhei com os enfermeiros durante a passagem de turno, assim como registei em notas de diário de Enfermagem.

Que mais poderia ter feito? Sinceramente, nesta situação não haveria muito mais a fazer da minha parte. Não sei se ajudou o Sr. A. esta conversa ter ocorrido antes de dormir. Da sensação com que fiquei senti que o Sr. A. ficou triste mas ao mesmo tempo aliviado por ter partilhado com alguém estas suas preocupações e angústias.

## **Planear a Ação**

Esta prática reflexiva tem contribuído bastante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Refletirmos nas nossas ações com um julgamento clínico e pensamento crítico das situações, ajuda-nos a melhorar a nossa forma de estar e de ser. É uma forma de procurar melhorar no futuro e de nos tornarmos competentes em áreas consideradas indispensáveis à prática dos CP.

Como futura mestre e enfermeira especialista procurarei, no meu serviço, mobilizar estes conhecimentos adquiridos e, acima de tudo, agir como elemento dinamizador e de referência nesta área do Cuidar em fim de vida. Sensibilizar os pares para estes momentos de reflexão e para a importância de estarem atentos a outras dimensões de sofrimento, será uma forma de promover a melhoria dos cuidados prestados. O estarmos atentos ao pormenor daquela pessoa é o suficiente para lhe poder proporcionar uma melhor qualidade de vida com menorização do sofrimento.

O conforto, enquanto objectivo dos cuidados a pessoas com necessidade de cuidados paliativos (...) vai para além do que os enfermeiros podem fazer pelos seus doentes, estando também associado à forma como os enfermeiros se inter-relacionam e comunicam com os seus colegas de equipa no contexto clínico, e em que medida são capazes de (e lhes é permitido) influenciar a natureza dos cuidados prestados aos doentes.

Magalhães (2009, p.93)

## Referências Bibliográficas

- Barbosa, A. (2010). Sofrimento. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.563-593). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bertachini, L., Pessini, L. (2010). A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Revista Bioethikos*, 4, 315-323. [acedido em 13-11-2012] obtido em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>
- Hennezel, M. (2002). *Diálogo com a morte* (5ª Edição). Lisboa: Editorial Notícias
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (2ª Edição). Loures, Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª Edição). Lisboa, Climepsi.

## APÊNDICE 4- Plano da sessão do Journal Club

## **SESSÃO DE JOURNAL CLUB**

“Problems faced by relatives caring for cancer patients at home”

### **DESTINATÁRIOS**

Equipa Multidisciplinar de uma Unidade de Assistência Domiciliária de um Hospital de Especialidade de Lisboa.

### **FINALIDADE**

Sensibilizar os diferentes profissionais de saúde que constituem a equipa desta Unidade de Assistência Domiciliária para as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores informais de doentes com cancro avançado no domicílio por forma a melhorar a capacidade de resposta às mesmas.

### **OBJETIVO GERAL**

Contribuir para um conhecimento mais aprofundado das necessidades e dos problemas sentidos pelos familiares e cuidadores informais de doentes com cancro avançado no domicílio.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer os problemas e as necessidades sentidos pelos cuidadores familiares dos doentes com cancro avançado no domicílio.
- Refletir sobre o conteúdo do artigo utilizado para esta sessão.

CONTEÚDO	TEMPO	MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS
Apresentação do artigo, motivo da sua seleção e enquadramento no ensino clínico	2 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Enquadramento da temática	2 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Método e Amostra	3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Resultados	7 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Reflexão/Discussão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo e ativo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Limitações	1 minuto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>

Conclusão	3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Avaliação da sessão	2 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de um pequeno questionário que contempla os seguintes pontos: pertinência do tema, relação pedagógica, adequação dos métodos utilizados e transmissão de conteúdos.</li> </ul>

## APÊNDICE 5- Documento da sondagem de opinião aos pares do SMI



## **Sondagem de Opinião**

O 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na opção em Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa é constituído por um estágio e elaboração do respetivo relatório. Este percurso é norteado por uma área de interesse do estudante/ equipa de Enfermagem em que está inserido e sobre a qual seja pertinente intervir no sentido de implementar estratégias que visam uma melhoria dos cuidados de saúde disponibilizados.

Os cuidados de Enfermagem ao doente oncológico em fim de vida carecem de conhecimentos e intervenções específicas do âmbito da Enfermagem Paliativa para as quais não me sentia suficientemente preparada, tendo selecionado esta problemática para desenvolver competências como futura Mestre e Enfermeira Especialista que me permitam promover e melhorar as estratégias que visam a prestação de ações paliativas de Enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família num Serviço de Medicina Interna.

Agradeço a sua participação, garantindo o anonimato e a confidencialidade das respostas, que apenas serão utilizadas para identificação de necessidades de formação por forma a encontrar e desenvolver num futuro próximo estratégias que possam ser aplicadas pela equipa de Enfermagem na otimização dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família. Estarei ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente possa surgir.

Janeiro de 2013, Andreia Casteleiro Lameira

Idade\_\_\_\_\_

Tempo de Exercício Profissional\_\_\_\_\_(em anos)

Formação específica em Cuidados Paliativos: SIM\_\_\_\_NÃO\_\_\_\_

Se SIM, especifique:

---

---

Relativamente a cada uma das seguintes afirmações apresentadas e posicionando-se na escala apresentada, coloque uma cruz (x) no quadrado que mais se adequa à sua opinião.

- 1- Os Cuidados Paliativos baseiam-se nas necessidades dos doentes e famílias e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, podendo ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença, mesmo quando outras terapêuticas (com finalidade de prolongar a vida) estejam a ser utilizadas.

Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/>
Discordo	<input type="checkbox"/>
Não discordo, nem concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/>

- 2- A afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através da obstinação terapêutica nem encurtado deliberadamente; a preservação da qualidade de vida do doente e a consideração pelas necessidades individuais dos pacientes são alguns princípios dos Cuidados Paliativos.

Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/>
Discordo	<input type="checkbox"/>
Não discordo, nem concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/>

- 3- Em Cuidados Paliativos, o controlo de sintomas passa por uma correcta avaliação das necessidades do doente.

Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/>
Discordo	<input type="checkbox"/>
Não discordo, nem concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/>

- 4- Em Cuidados Paliativos a unidade receptora de cuidados são o doente e a família.

Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/>
Discordo	<input type="checkbox"/>
Não discordo, nem concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/>

- 5- As acções paliativas são práticas pontuais que podem desenvolver-se em qualquer alocação não especializada em Cuidados Paliativos, tal como as unidades de internamento de agudos, por equipas ou estruturas não diferenciadas e sem recurso a uma equipa interdisciplinar, decorrendo por isso de uma acção de baixa complexidade no contexto do apoio a doentes em fim de vida.

Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/>
Discordo	<input type="checkbox"/>
Não discordo, nem concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/>

- 6- As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.

Discordo Totalmente ☐

Discordo ☐

Não discordo, nem concordo ☐

Concordo ☐

Concordo Totalmente ☐

Seguidamente responda às seguintes questões:

- 7- No seu entender quais as principais características de um quadro de agonia?

---

---

---

---

---

---

---

---

- 8- Quais as quatro áreas fundamentais e centrais dos Cuidados Paliativos?

---

---

---

---

9- Das seguintes áreas apresentadas, coloque uma cruz (x) na(s) que sente necessidades de formação para a promoção de uma melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

Gestão da dor oncológica	<input type="checkbox"/>
Apoio à família	<input type="checkbox"/>
Comunicação	<input type="checkbox"/>
Agonia	<input type="checkbox"/>
Cuidados à boca	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>
Alimentação e hidratação em fim de vida	<input type="checkbox"/>
Todas as anteriores	<input type="checkbox"/>
Outras _____	
Nenhuma	<input type="checkbox"/>

Sugestões: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigado pela sua participação!

Andreia Casteleiro Lameira

APÊNDICE 6- Pedido de autorização à Direção de Enfermagem da aplicação da sondagem  
de opinião

À Exma. Sr<sup>a</sup> Enfermeira Diretora do

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação de uma sondagem de opinião aos Enfermeiros do Serviço de Medicina [REDACTED].

Andreia Cristina Antunes Casteleiro Lameira, portadora do CC nº 11754477 com data de validade de 04-09-2017, enfermeira de prestação direta de cuidados do Serviço de Medicina [REDACTED], com o número mecanográfico 38055, do Centro Hospitalar Lisboa [REDACTED]; atualmente a frequentar o terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção em Enfermagem Oncológica, vem solicitar a aplicação de um pequeno questionário para efetuar uma sondagem de opinião aos restantes Enfermeiros de prestação direta de cuidados do referido serviço. Esta atividade está inserida no âmbito do ensino clínico a realizar em contexto de trabalho e para a qual escolhi como fio condutor a área temática relacionada com: “ O Doente Oncológico em Fim de Vida e sua Família: Acções Paliativas de Enfermagem num Serviço de Medicina Interna.” O interesse por esta área prende-se com o facto de a evidência demonstrar que embora tenha vindo a haver uma crescente aposta na formação na área dos Cuidados Paliativos, ainda existe um número elevado de doentes com necessidades destes cuidados que continuam a ser internados e a morrer em hospitais que estão vocacionados para o tratamento de doentes agudos, levando a que muitas vezes a abordagem terapêutica não seja a mais ajustada à situação. Apostando na implementação de ações paliativas será uma mais-valia para o doente e família, uma vez que estas procuram dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais traduzindo uma diminuição do sofrimento e uma melhoria da qualidade de vida na última fase da vida.

O trabalho a desenvolver procura encontrar estratégias que possam ser aplicadas pela equipa de Enfermagem de um Serviço de Medicina Interna, por forma a otimizar os cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família e, tem como objetivo geral desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família.

Pretendo identificar as necessidades de formação da equipa de Enfermagem relativamente ao cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família, com a finalidade de num futuro próximo contribuir para a informação, melhoria de conhecimentos e implementação de estratégias que promovam a prestação de acções paliativas e consequentemente da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados a estes doentes e suas famílias assumindo o papel de enfermeiro de suporte e referência para a restante equipa profissional.

O preenchimento deste documento (junto em anexo) é anónimo, confidencial e voluntário por parte dos participantes. As respostas serão apenas utilizadas para fins académicos.

Aguardando uma resposta o mais breve possível dado o curto espaço de tempo que disponho para realizar este trabalho, agradeço antecipadamente a disponibilidade dispensada.

Com os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

---

Andreia Cristina Antunes Casteleiro Lameira

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



APÊNDICE 7- Plano da sessão de informação: “O doente oncológico em fim de vida e sua família: ações paliativas de Enfermagem num serviço de Medicina Interna”

## **SESSÃO DE INFORMAÇÃO**

O Doente Oncológico em Fim de Vida e sua Família: ações paliativas de Enfermagem num Serviço de Medicina Interna

### **DESTINATÁRIOS**

Enfermeiros de um Serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa.

### **FINALIDADE**

Sensibilizar os enfermeiros da prestação direta de cuidados de um serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa para a importância da adoção e implementação de ações paliativas na otimização dos cuidados de Enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

### **OBJETIVO GERAL**

Contribuir para o conhecimento e desenvolvimento de ações paliativas de Enfermagem na prática de cuidados diretos ao doente oncológico em fim de vida e sua família.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer a fundamentação da escolha da problemática do doente oncológico em fim de vida e sua família;
- Identificar a filosofia e alguns princípios dos Cuidados Paliativos.
- Conhecer os resultados da sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros do presente serviço de Medicina Interna;
- Conhecer as atividades futuras a implementar para o desenvolvimento de ações paliativas de Enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família no presente serviço de Medicina Interna

<b>CONTEÚDO</b>	<b>TEMPO</b>	<b>MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS</b>
Apresentação com Plano da Sessão	2 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Justificação da Problemática e sua Contextualização	12 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo e audiovisual</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> <li>• Visualização de filme em vídeo.</li> </ul>
Quadro Concetual (referência aos temas abordados no projeto de estágio)	3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Objetivos Geral e Específicos	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Divulgação dos resultados da análise da sondagem de opinião, efetuando uma ligação em simultâneo à Filosofia e Princípios dos Cuidados Paliativos	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Referência às atividades futuras a desenvolver para atingir os objetivos propostos	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>

Reflexão e discussão sobre os Direitos do Doente Terminal	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método audiovisual</li> <li>• Visualização de filme em vídeo.</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> <li>• Debate</li> </ul>
Avaliação da sessão	3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de um questionário de avaliação existente no serviço que contempla os seguintes pontos: adequação dos objetivos, transmissão de conteúdos, relação pedagógica, adequação dos métodos utilizados, utilização de meios e suportes pedagógicos e documentação de apoio à formação.</li> </ul>

## APÊNDICE 8- Plano da sessão de informação: “O doente oncológico em fase agónica”

## **SESSÃO DE INFORMAÇÃO**

### O Doente Oncológico em Fase Agónica

#### **DESTINATÁRIOS**

Enfermeiros de um serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa.

#### **FINALIDADE**

Otimizar os conhecimentos dos enfermeiros da prestação direta de cuidados de um Serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar de Lisboa relativamente aos cuidados a prestar ao doente oncológico em fase agónica e sua família.

#### **OBJETIVO GERAL**

Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados ao doente oncológico em fase agónica e sua família.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as especificidades da fase agónica;
- Descrever os sintomas mais frequentes na fase agónica;
- Descrever medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo de sintomas na fase agónica;
- Reconhecer a importância do apoio à família do doente oncológico em fase agónica;
- Identificar algumas estratégias de comunicação possíveis de aplicar na interação com o doente oncológico em fim de vida e sua família.

CONTEÚDO	TEMPO	MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS
Apresentação do tema com Plano da Sessão e Objetivos Geral e Específicos	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Estudo de Caso (Leitura, breve análise e possíveis intervenções de Enfermagem)	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo e ativo (Técnica Estudo de Caso)</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Caracterização da fase agónica: - Fases Paliativas - Definição - Intervenções Gerais - Sintomas presentes	12 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo e interrogativo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Apoio à Família	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Estratégias de Comunicação	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo e interrogativo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>

Considerações Finais	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Estudo de Caso (Alterações possíveis à análise efetuada inicialmente)	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo e ativo (Técnica Estudo de Caso e Discussão em Grupo)</li> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de <i>slide show</i></li> </ul>
Avaliação da Sessão	3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento de um questionário de avaliação existente no serviço que contempla os seguintes pontos: adequação dos objetivos, transmissão de conteúdos, relação pedagógica, adequação dos métodos utilizados, utilização de meios e suportes pedagógicos e documentação de apoio à formação.</li> </ul>

No final da sessão será distribuído a cada um dos presentes um artigo científico intitulado de:  
*“ Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida num serviço de medicina interna e numa unidade de cuidados paliativos”.*



APÊNDICE 9- Reflexão crítica n.º4 realizada no contexto do Ensino Clínico no SMI  
(metodologia do Ciclo de *Gibbs*)

## **Introdução**

Ao longo dos tempos a forma como os CP são inseridos no processo de doença tem vindo a sofrer alterações. Se inicialmente se apostava e se assumia um modelo de intervenção com enfoque numa abordagem separada, não havendo uma conceção curativa e paliativa complementares; hoje em dia o que se pretende e, é defendido, é uma abordagem integrada apostando-se num modelo de intervenção baseado nas necessidades e não no prognóstico assumindo-se como prioridade em todo o processo de doença, a qualidade de vida e o alívio do sofrimento. Sapeta (2011, p. 73) afirma que: “(...)a Medicina sempre foi paliativa, só há poucas décadas ela se tornou realmente curativa e a Enfermagem é predominantemente paliativa, alivia o sofrimento, ajuda a alcançar autonomia, proporciona bem-estar e conforto.”

Neste modelo de abordagem integrada, a partir do momento que a pessoa tem uma situação clínica potenciadora de CP, seria importante entrar numa sinergia entre as equipas curativas e as equipas de CP. Desta forma, o doente teria ao longo do seu processo de doença, cuidados dirigidos à fase em que se encontra bem como às suas necessidades. Em termos oncológicos, é também este modelo que é defendido pela OMS (2007) assumindo que o ideal seria os CP serem prestados desde o momento do diagnóstico da doença, adaptando-se progressivamente às necessidades dos doentes com cancro e suas famílias até à fase terminal, apoiando estes últimos na fase de luto. Defende um modelo no qual o tratamento que procura dar resposta à doença diminui à medida que esta avança, enquanto que os CP aumentam à medida que a pessoa se aproxima da morte, incluindo a família como unidade de intervenção.

Uma abordagem cooperativa seria o ideal, na qual existisse uma complementaridade entre as duas conceções ao longo do processo de doença crónica, sendo os CP integrados o mais precocemente possível e em articulação com outros serviços e outros níveis de assistência (Sapeta, 2011).

É sobre esta importância que vai incidir esta minha reflexão. Num doente que se encontra em CP, os cuidados curativos também podem intervir e serem muito benéficos para garantia da qualidade de vida do doente e sua família. A presente reflexão surge no âmbito do meu ensino clínico em contexto de trabalho - num SMI de um Centro Hospitalar de Lisboa. Irei recorrer à metodologia do Ciclo de *Gibbs* discriminando cada uma das seis etapas que o caracterizam:

descrição, sentimentos vivenciados, avaliação da situação, análise, conclusão e planeamento da ação.

### **Descrição da Situação**

O Sr. J. é um doente de 57 anos de idade internado neste SMI por disfagia e emagrecimento. Tem diagnosticado desde final de 2011 um carcinoma do pavimento celular da laringe. Está traqueostomizado comunicando através de mimica gestual e de voz esofágica. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial e como comportamentos de risco há referência a durante anos ter ingerido bebidas alcoólicas e ter sido fumador.

Até ao momento alimentava-se oralmente sem dificuldade, tendo nos últimos dias iniciado quadro de disfagia para sólidos e posteriormente para líquidos.

Tem uma companheira que o visita diariamente e uma filha (do seu primeiro casamento). Está reformado por invalidez, trabalhava na área do comércio. É independente nas suas atividades de vida diárias, autónomo nos cuidados à traqueostomia. Muito emagrecido, com oscilações do humor. Por vezes sorridente e interativo com os profissionais de saúde, outras vezes mais isolado com fâcies triste e discurso um pouco mais ríspido.

Sem indicação para tratamentos adjuvantes e com plena consciência do seu diagnóstico e prognóstico.

A disfagia que motivou o internamento relaciona-se com o aumento da massa tumoral. Houve duas tentativas de colocação de sonda Naso gástrica na Unidade de Técnicas de Gastro, sem sucesso. Por esse motivo foi ao bloco operatório colocar uma gastrostomia percutânea (PEG) por via abdominal.

Acompanhei diariamente o Sr. J. no internamento tendo sido vários os momentos de interação, inclusive fui eu que o levei até ao bloco operatório para colocação da PEG.

**Momento de Interação**

Num dos turnos da manhã, o Sr. J. ficou-me atribuído e tinha sido passado em ocorrências que poderia iniciar alimentação através da PEG. Antes de me dirigir ao quarto onde se encontrava, a médica assistente veio ter comigo a comunicar que o Sr. J. teria alta naquele dia. Fiquei um pouco apreensiva com esta alta, uma vez que a equipa de Enfermagem ainda nem sequer tinha dado início aos ensinamentos de manuseamento e administração de alimentação por PEG. A médica não comunicou esta decisão ao doente e eu optei por também não o fazer logo de manhã. Dirigi-me ao quarto, a porta estava semifechada (tal como o Sr. J. prefere), a luz apagada e o Sr. J. de olhos fechados em cima da cama a descansar após ter cuidado da sua higiene.

Bati à porta, entrei e disse: “Bom dia, Sr. J.”, olhou para mim, esboçou um sorriso e acenou-me com a mão e com a cabeça. Perguntei-lhe: “Como se sente hoje?”, Gestualmente deu-me a entender que assim, assim. Intervi referindo: “O que o preocupa?”, “Posso ajudar de alguma forma?”. Através de voz esofágica mencionou: “Não sei trabalhar com isto” (tocando na PEG) e continuou “Tudo me acontece”. Aguardei e devolvi-lhe a questão: “O que quer dizer com tudo me acontece?”. Sr. J. encolheu os ombros e disse: “Agora é mais um tubo...” Fiz uma pausa e perguntei-lhe: “Percebe a razão e a importância da colocação desse tubo, Sr. J.?” Ele acenou que sim. Disse-lhe: “Compreendo a sua preocupação, é uma novidade, algo novo no seu corpo; mas acredito que o Sr. J. com a nossa ajuda, vai conseguir adaptar-se bem, tal como tem feito até aqui”. Reforcei: “Nós vamos ensinar-lhe a “trabalhar” com este tubo e estamos aqui para qualquer dúvida que surja”. Falei-lhe que iríamos dar início à administração da alimentação por PEG e que aos poucos faríamos o ensino (nesse momento pensei na alta, mas optei por não lhe dizer ainda e se necessário teria que a alta ser adiada para o dia seguinte devido à importância da validação dos ensinamentos). Saí do quarto e vou pedir um chá à assistente operacional, quando me cruzei com a médica que me diz que o Sr. J. já não teria alta porque precisava de ser transfundido por ter tido uma quebra de hemoglobina de 4gr.

Voltei ao quarto e quando efetuei uma aspiração para ter conhecimento do conteúdo gástrico há saída de um conteúdo aquoso acastanhado (aproximadamente 20ml). Sr. J. ficou muito apreensivo e intervi referindo: “Sr. J. vou ter de chamar o médico. Da experiência que tenho este conteúdo não é habitual, no entanto vou solicitar ajuda para perceber. Está bem?” Sr. J. encolheu os ombros e quando vou tapá-lo com o lençol e a colcha teve um esgar de dor e ficou muito desconfortável, colocando as mãos em todo o abdómen. Perguntei-lhe: “O que foi Sr. J.? Magoei-o?”. Naquele momento não me conseguiu responder, estando com dor intensa em todo o abdómen.

Desta situação resultou a realização de uma Tomografia computadorizada à zona abdominal e pélvica que revelou o diagnóstico de um hemoperitóneo, tendo que o Sr. J. no turno da tarde ir ao bloco operatório para correção da hemorragia. Dois dias depois regressou ao SMI, já com estabilização da hemorragia e correção da anemia. Os ensinamentos foram feitos e o Sr. J. acabou por ter alta, já autónomo nos cuidados à PEG.

### **Sentimentos e Pensamentos**

Neste ensino clínico realizado em contexto de trabalho, tive a oportunidade de mobilizar os conhecimentos e competências adquiridos nos dois últimos anteriores. Senti uma diferença grande na minha forma de estar e de me relacionar com os doentes e famílias. Mais uma vez quero dar ênfase à importância de uma comunicação eficaz e dirigida às necessidades dos doentes e famílias para atingir os objetivos terapêuticos desejáveis. Quando assim não é, muito pode ficar por satisfazer não se intervindo no alívio do sofrimento total. Esta comunicação pouco eficaz pode ocorrer, pois as mesmas palavras pronunciadas de forma diferente podem criar impactos diferentes no recetor provocando danos irreparáveis na aliança terapêutica entre o doente/família e profissional de saúde (Costa & Antunes, 2012).

Foi através da comunicação dirigida que consegui entender as verdadeiras preocupações do Sr. J. e direcionar as minhas intervenções. Durante esta interação ocorreram-me alguns pensamentos, nomeadamente: considerar a alta muito precoce e dessa forma não poder, possivelmente, efetuar um cuidado tão dirigido como desejaria; questionei-me se a minha prestação estaria a ir de encontro aquilo que o Sr. J. necessitava no momento; pensei que de facto seria muito difícil lidar com esta nova situação, pois para além da traqueostomia, a PEG

seria mais um contributo para a alteração da autoimagem e perda da autoestima. Pacheco (2004, p. 59) reforça este pensamento ao afirmar que: “a perda da auto estima aparece frequentemente relacionada com a alteração da imagem corporal e com o aspecto geral que o doente pode apresentar e do qual toma consciência.” Por este motivo também me ocorreu que como profissional de saúde tinha que ajudar o Sr. J. nesta caminhada de aceitação da sua imagem corporal.

Como sentimentos positivos identifico a segurança que transmiti durante a interação através da mobilização de estratégias de comunicação dirigidas ao momento, a tranquilidade do meu tom de voz até mesmo no momento da aspiração do conteúdo acastanhado, a confiança que demonstrei no manuseamento da PEG e que penso que foi uma forma de o Sr. J. também se sentir mais confortável com a situação e o sentimento de esperança ao acreditar na capacidade de o SR. J. ser capaz de adaptar-se à situação.

Também consigo encontrar sentimentos negativos como sendo a angústia por perceber que a situação não estaria a correr tal como desejaríamos podendo estar a provocar no Sr. J. uma maior apreensão e possivelmente algum receio, e talvez um sentimento de impotência num curto período, pois aconteceu algo para o qual não me foi possível ter resposta prática de imediato mas que posteriormente interiorizei e recorri a outros profissionais de saúde (médicos), por já ser algo que ultrapassava a minha área de intervenção por si só.

## **Avaliação**

Avaliando a situação, identifico como fatores facilitadores a relação que estabeleci com o Sr. J. ao longo do internamento e os momentos de interação que partilhámos, o espaço físico que garantiu a privacidade e foi facilitador da expressão de sentimentos, a segurança que transmiti perante a situação e as estratégias de comunicação mobilizadas evidenciando a escuta ativa, a disponibilidade para ouvir, estar presente e ajudar, assim como o reforço positivo do seu percurso até ao momento e a forma como o aceitou. O trabalho de equipa também foi um contributo para a resolução eficaz da situação. As competências adquiridas nos outros ensinamentos clínicos já realizados e a integração dos conhecimentos teóricos na prática foram também aspetos essenciais e positivos para o desenrolar da interação.

Como fatores inibidores identifico o imprevisto da situação tendo exigido da minha parte uma redefinição das prioridades e um estruturamento do pensamento que como foi no mediato poderá ter interferido na forma como abordei a situação, não tendo ido de encontro às necessidades do Sr. J. no momento. Trabalhar com um doente em fim de vida necessita de uma readaptação permanente (Abiven, 2001).

## **Análise**

Com o início deste ensino clínico em contexto de trabalho as minhas expectativas pessoais e profissionais eram motivadoras e elevadas. Ter a possibilidade de aplicar na prática e no meu contexto de trabalho, as competências já adquiridas até ao momento em termos relacionais, técnicos e científicos otimizando a qualidade dos cuidados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, era como que um privilégio mas acima de tudo um sentimento de valorização do caminho percorrido até ao momento. A segurança e a confiança sentidas por mim foram aspetos positivos e que refletiram uma aprendizagem positiva desenvolvida anteriormente.

Ter tido a oportunidade de me relacionar com o Sr. J., foi muito positivo. O ser traqueostomizado foi por mim encarado como algo já natural. Não senti aquele nervosismo e receio no estabelecimento da relação, uma vez que no ensino clínico anterior tinha estado com um doente nas mesmas circunstâncias tendo desenvolvido os aspetos da comunicação não-verbal, indispensáveis em todas as situações, mas nestas em especial.

A escolha deste momento de interação prendeu-se com o facto de me ter deparado com uma situação inesperada e com a qual não me tinha confrontado nos ensinamentos clínicos anteriores: a urgência em CP. Penso que agi corretamente na situação, tendo tido brevidade no meu raciocínio e na minha atuação, efetuando a ligação com outros grupos profissionais da equipa. Gonçalves & Oliveira (2010, p. 267) afirmam que: “(...)a rapidez e firmeza de atuação dos profissionais de saúde são essenciais para a resolução do problema com sucesso, devendo a situação ser avaliada de forma rápida e rigorosa...”

Muitas das potenciais urgências em CP são previsíveis devendo os acontecimentos ser antecipados e discutidos com todos os intervenientes no processo por forma a minimizar o

stress próprio das situações inesperadas e mais facilmente tratar o episódio agudo (Gonçalves & Oliveira, 2010). Nesta situação concreta, a colocação da PEG por via abdominal poderia sempre ter o risco de hemorragia (tal como qualquer intervenção cirúrgica), no entanto penso que não foi algo trabalhado com o Sr. J. e daí que a confrontação com a situação tenha gerado uma maior apreensão no mesmo.

Num doente oncológico de cabeça e pescoço a alteração da imagem corporal poderá ser elevada, causando nos doentes um sofrimento nem sempre fácil de ultrapassar. O Sr. J. lidava bem com a traqueostomia, no entanto em algumas situações do dia-a-dia revelava alguma revolta e impotência com a situação, nomeadamente quando tinha que falar com os familiares através do telefone. Esta situação concreta da PEG veio trazer e exigir uma nova adaptação à sua imagem, assim como à satisfação da sua necessidade básica de alimentação e hidratação. Para Alves, Jardim & Freitas (2012, p. 116): “em cuidados paliativos, as principais fontes de sofrimento para os doentes são as perdas (...), sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal (...)”. Como enfermeira e futura especialista estes são dados relevantes e que tenho que ter em conta para a implementação de cuidados humanizados, dirigidos às necessidades individuais e emocionais dos doentes. Penso que de uma forma geral o consegui fazer na interação descrita, tendo direcionado a minha intervenção, não só para os aspetos técnicos (que a situação exigia), mas demonstrando uma maior valorização da componente relacional e emocional para aceitação e adaptação à nova realidade por parte do Sr. J.

Agi tendo sempre presente a manutenção da qualidade de vida do Sr. J., demonstrada pela apreensão relativamente à possibilidade de uma alta, eventualmente, precoce; pela autonomia que procurei ajudar o Sr. J. a atingir, assim como pela valorização dos seus sentimentos e angústias. Nesta situação concreta viver com qualidade de vida não significa estar bem em todas as dimensões, mas na capacidade que o doente tem na manutenção do seu bem-estar subjetivo, dentro das possibilidades, no equilíbrio entre as suas limitações e potencialidades (Araújo & Linch, 2011).

A comunicação surge nesta interação como um fator indispensável ao desenrolar da mesma. Foi através da mobilização de estratégias que considero, terem sido adequadas, que consegui minimizar o sofrimento e angústia do Sr. J. “O valor da comunicação sobressai quando se



reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente” (Querido, Salazar & Neto, 2010, p. 463). Penso que agi de acordo com a agenda do Sr. J., de acordo com as suas necessidades de informação, preocupações e expectativas. Penso que houve congruência entre o meu verbal e o não-verbal. E acima de tudo fui sincera, verdadeira, não omitindo que o que estava a ocorrer seria algo não desejável mas que estaria disponível para ajudar e estar presente.

## **Conclusão**

Desta reflexão emerge a noção de que frases como “já não há nada a fazer”, “não é para fazer nada”, não têm veracidade nenhuma em CP e no cuidar o doente oncológico em fim de vida e sua família. Mais uma vez a nossa atuação deve estar focada na dignidade da pessoa, na sua qualidade de vida e no seu conforto total.

O controlo sintomático assume-se como um dos pilares dos CP. Para Costa & Antunes (2012, p. 70): “o controlo inadequado dos sintomas acarreta sofrimento para o doente e família e pode mesmo ter um efeito adverso na progressão da doença”. Os mesmos autores transmitem a ideia de que a prática não se esgota no controlo sintomático, mas não é possível interferir nas restantes áreas (comunicação, trabalho em equipa multidisciplinar e apoio à família) se os sintomas não estiverem controlados suficientemente.

Os cuidados curativos fazem todo o sentido serem integrados nos CP desde que respeitem alguns dos princípios da filosofia destes, nomeadamente o aumento da qualidade de vida do doente, a consideração pelas necessidades individuais dos doentes, o bem-estar e o aumento da melhor qualidade de vida possível ao doente e sua família, e a afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica nem encurtado deliberadamente (PNCP, 2010-2016).

Que mais poderia ter feito? De uma forma geral penso que a minha intervenção foi adequada à situação. No momento em si penso que não faria nada de diferente. Adotei uma postura adequada, dando respostas eficazes e importantes para a menorização e tentativa de normalização da angústia do Sr. J. No entanto, penso que previamente poderiam ter existido

aspetos a trabalhar se o doente assim o demonstrasse. Refiro-me à importância de antes da colocação da PEG, se ter abordado a hemorragia como uma possível complicação. De qualquer forma, não sei se esta intervenção seria a mais adequada e ajustada ao doente em questão. Teria que haver um diálogo prévio para entender até onde o doente queria chegar com o seu conhecimento, ou seja, se estaria interessado em saber que a hemorragia seria uma provável complicação. Mas como profissionais de saúde também temos o dever de informar acerca das complicações de determinado procedimento, o que não foi efetuado, identificando este elemento como uma má prática na condução desta situação.

### **Planear a Ação**

Na fase do percurso onde me encontro esta reflexão foi uma mais-valia e um forte contributo para a consciencialização do meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura mestre e enfermeira especialista. Tal como já referi, senti-me confiante na situação e segura das minhas intervenções. Senti um progresso muito positivo em termos comunicacionais, tendo noção plena de quais são as minhas intencionalidades com determinada ação.

Com a realização deste ensino clínico partilhei com a restante equipa de Enfermagem, através de sessões informais (passagem de ocorrências, no dia-a-dia do trabalho) e sessões formais (sessões de informação) conteúdos que considero indispensáveis para a garantia da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida e sua família, entre eles, estratégias comunicacionais, a importância das reflexões da prática e a importância dos pormenores.

Abordei junto dos pares os modelos de intervenção, deixando a noção clara da importância de um modelo cooperativo com intervenção nas crises e onde se procure “(...) uma permanente colaboração e articulação, com acessibilidade permanente aos dois tipos de intervenção, específica ou curativa e paliativa, desde o início do processo de doença” (Capelas & Neto, 2010, p. 789).

## Referências Bibliográficas

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. Camarate, Lusociência.
- Alves, M.L.S.D., Jardim, M.H.A.G. & Freitas, O.M.S. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 115-124.
- Araújo, D., Linch, G.F.C. (2011). Cuidados paliativos oncológicos: Tendências da produção científica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1, 238-245. [acedido em 11-11-2012] obtido em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2482/1636>
- Barbosa, A. Processo de Luto. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M.L., & Neto, I.G. (2010). Organização de serviços. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.785-814). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Costa, M.A.C.M. & Antunes, M.T.C. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 63-72.
- Gonçalves, E., & Oliveira, J.E. (2010). Urgências em cuidados paliativos. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.267-301). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2007). WHO *Cuidados Paliativos - Control del cáncer - Aplicación de los conocimientos* [acedido em 08.04.2013] Obtido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf)
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (2ª Edição). Loures, Lusociência.
- Portugal.Ministério da Saúde.Direcção Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2010-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Querido,A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In: A. Barbosa & I.G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (p.461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interacção Enfermeiro-Doente*. Loures, Lusociência.

## **ANEXOS**

ANEXO 1- Artigo utilizado para *Journal Club*

✧ CLINICAL REPORT ✧

# *Problems faced by relatives caring for cancer patients at home*

---

**Thomas Tsigaropoulos RN MSc**

*Senior Nurse, 2nd Department of Urology, University of Athens, Sismanoglio Hospital, Athens, Greece*

**Evangelos Mazaris MD MSc**

*Doctor, 2nd Department of Urology, University of Athens, Sismanoglio Hospital, Athens, Greece*

**Eleftherios Chatzidarellis MD**

*Doctor, 2nd Department of Urology, University of Athens, Sismanoglio Hospital, Athens, Greece*

**Andreas Skolarikos MD PhD**

*Assistant Professor, 2nd Department of Urology, University of Athens, Sismanoglio Hospital, Athens, Greece*

**Ioannis Varkarakis MD PhD**

*Lecturer, 2nd Department of Urology, University of Athens, Sismanoglio Hospital, Athens, Greece*

**Charalambos Deliveliotis MD PhD**

*Professor, 2nd Department of Urology, University of Athens, Sismanoglio Hospital, Athens, Greece*

---

*Accepted for publication August 2008*

Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis I, Deliveliotis C. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15: 1–6

## **Problems faced by relatives caring for cancer patients at home**

The care of patients suffering from advanced cancer is not limited in the hospital setting. It continues at home where the burden of care is borne by specific individuals. The aim of the present study was to survey and record the various problems faced by those who care for cancer patients at home. The study was conducted in our hospital during the summer of 2007. All participants completed, during a personal interview, a questionnaire which covered pathologic, social, psychological, spiritual/religious and financial problems. Seventy-six carers returned fully completed questionnaires. The most frequent problems reported were: anxiety regarding the patient's future (61.8%), troublesome symptoms such as pain (54%), increased economic burden—financial difficulty (51.3%), problems with patient's feeding (50%), unhappiness or depression (48.7%), emotional upset (47.4%), worsening of the patient's behaviour and personality (38.2%), difficulty of establishing a positive attitude regarding their current status (34.2%), transport to hospital (32.9%), assistance from the wider family circle (25%). Taking care of cancer patients at home creates several problems among carers. Many of them remain undetected. The acknowledgement and recognition of these problems by health-care professionals might contribute to finding solutions in order to assist the difficult task of these individuals.

**Key words:** cancer patients, caretakers, terminal illness.

---

Correspondence: Evangelos Mazaris, 2nd Department of Urology, University of Athens, Sismanoglio Hospital, 89 Agiou Ioannou Street Agia Paraskevi, Athens, Attica 15342, Greece. Email: [evmazaris@yahoo.gr](mailto:evmazaris@yahoo.gr)

## INTRODUCTION

Nowadays there is a widespread trend for terminal illness cancer patients to remain at home under the care of their relatives, who should be assisted by the health-care services since such provision of care is complex. The main responsibilities undertaken by family members comprise of:

- Immediate patient care
- Availability of a caretaker around the clock
- Pain control
- Supervision of medical treatment administration
- Organization of daily activities
- Dealing with painful emotions<sup>1</sup>

The goals of palliative care are: pain and symptom control, psychological and emotional support, family support and relieving from grief because of death.<sup>2</sup>

The three options of treatment for a cancer patient are: (i) complete remedy; (ii) life extension; or (iii) palliative care.

Palliative care does not mean abandoning the patient. In order for the patient and his family not to perceive such an idea palliative care should consist of certain aspects such as:

- Clear information and directions
- Regular follow up
- An easily available helpline with the health services for every problem or change in the patient's clinical status
- Medical intervention whenever or wherever required

Care at home, according to the holistic approach, aims at the person who requires help as well as his family. This specific type of nursing care requires knowledge and ability in predicting potential needs, provision of emergency treatment, maintaining and expanding the nursing care offered, applying means of rehabilitation and palliative care for a terminal illness patient.<sup>3</sup>

There are studies performed in healthy individuals reporting that in case they suffered from terminal illness they would prefer to be treated at home;<sup>1</sup> however, this does not mean that they would prefer to die at home.

Patients as well as their caretakers can evaluate the quality of care provided at home. There are studies advocating that patient satisfaction is low regarding the quality of care provided at home,<sup>4-6</sup> which is attributed to the inadequate professional experience and specialization of caretakers.

The aim of the present study is to detect the problems of cancer patients cared at home by a relative and

especially the problems faced by relatives-caretakers of such patients.

## MATERIAL AND METHODS

The present study was undertaken in our hospital during the summer of 2007 after obtaining institutional review board and local ethics committee approval.

The research participants were relatives caring for a cancer patient at home. The selection of participants was performed in the pain management clinic where they prescribe pain medication for their relatives suffering from terminal illness. Furthermore, they were also selected from the departments of pulmonary medicine and urology where such patients and their relatives arrive for day treatment.

The research participants were all adults able to understand the questions of the questionnaire; they were also well informed about the study as well as they provided their consent in order to be included in it.

Forty-one questions which represent the most important issues of 'the Problems and Needs in Palliative Care questionnaire-caregiver form (PNPC-c)'<sup>7</sup> were used, in order for patients and caretakers to comprehend and answer it in about 15 min. The PNPC-c is a checklist designed to present a comprehensive picture of the problems experienced by caregivers and their perceived subsequent needs for care.

In order to record the various problems investigated by the study the aforementioned revised questionnaire was constructed and used. The questionnaire was completed during a personal interview with the participants. Each participant cared for one cancer patient. The only identity features required were age and gender of the participants and their patient as well as the degree of their familial relationship. The following issues were discussed:

- Whether at home there were other individuals (children, siblings) affected by the patient's condition and whether the patients were informed about his condition
- Whether the patient suffered from severe debilitating symptoms, how they were treated as well as the type of assistance offered by the health-care system in dealing with them
- Clinical symptoms appearing in caretakers during their difficult daily task of managing cancer patients
- Daily relationship between caretaker and patient
- Autonomy, social activities, desire for entertainment and interest in other individuals



- Social support and assistance for the caretaker by the wider familial environment, emotional support
- Psychological problems faced by the caretaker due to the patient's condition
- Spiritual and religious problems faced by those who care for their loved ones just before death
- Finally, financial issues emerging during the treatment of terminal illness affecting the lives of the caretaker and his/her family and related to the role of insurance companies

Eighty individuals agreed to participate in the study. However, during the interview two participants refused to continue and two more had to interrupt the interview due to unforeseen circumstances relating to the health of their patient-relative. Seventy-six questionnaires were eventually completed and analysed containing answers of 76 caretakers and their patients.

The statistical analysis was performed with the use of observational methods and the use of Microsoft Excel.

## RESULTS

### Characteristics of patients and caretakers

Among 76 patients, 57 were men (75%) and 19 women (25%). The majority of patients (56/76) were > 60 years old, whereas 11 patients were 51–60 years old and nine were 41–50 years old.

Among 76 caretakers, 13 were men (17%) and 63 women (83%). The age of caretakers is displayed in Table 1.

Regarding the familial relationship between caretakers and patients 33 (43%) were spouses, 18 (24%) children and parents, 7 (9%) were siblings and 18 (24%) had other familial relationship or were friends and neighbours, none of whom received financial reward for taking care of the

cancer patients. In the question about who is the main caretaker at home the majority answered the wife (52.6%), although the children were responsible in 26.3% of the participants, the husband in 9.2%, whereas 11.8% were other individuals such as neighbours or friends. The children of the patients (31.6%), his/her siblings (10.5%) or other individuals (57.9%) share the same home with them and seem to be affected by the patient's health status. In the majority of cases (57%) the patient and his caretaker lived alone at the same house. When the participants were asked if their patient was aware of his medical condition the majority was fully aware (43.4%) whereas 35.5% were only partly informed regarding their illness and 21.1% were totally unaware. The majority of caretakers (55.3%) faced various problems while caring for their patients but they were able to solve them without any assistance, whereas 17.1% were unable to solve such problems and required help and 27.6% did not face any problem at all. Around one-third of the participants in the study (27.6%) required regular support at home by a nurse, 17.1% by a psychologist, 11.8% by a doctor and the majority (43.4%) by a team consisting of all three specialties.

### Caring for the patient

Many patients (54%) suffered from bothersome symptoms such as pain or constipation whereas 46% did not suffer at all. In case the patient suffered from persistent or new symptoms 32.9% transferred him/her to hospital, 32.9% administered medication at home, 30.3% received phone instructions and 9.2% called a doctor at home. In case the caretaker contacted the hospital or a doctor they were usually willing to help (85.9%), 9% answered reluctantly to questions without being eager to help whereas 5.1% responded that they were annoyed and should not be contacted again. The majority of caretakers (65.8%) usually occupied the patient with interesting tasks whereas 28.9% rarely occupy them with such tasks and 5.3% do not try at all. The majority of caretakers face usually (27.6%) or some times (30.3%) problems with feeding the patient, whereas 42.1% do not face such problems at all. Many of the caretakers usually (76.3%) or some times (15.8%) try to improve the daily appearance of their patient whereas 7.9% do not.

### Clinical problems of the caretaker

During the daily care of the patient half of the caretakers were not tired at all, 22.4% felt tired but managed to

**Table 1** Characteristics of caretakers

Age (years)	Number (%)	Men	Women
21–30	5 (7%)	2	3
31–40	21 (27%)	5	16
41–50	17 (22%)	4	13
51–60	12 (16%)	1	11
> 60	21 (28%)	1	20
		13	63

rest whereas 27.6% did not rest at all. Many caretakers (38.2%) suffered usually from body pain or other somatic symptoms, 18.4% rarely felt such symptoms and 43.4% did not suffer at all. A considerable number of caretakers suffered usually (27.6%) or rarely (23.7%) from sleeping disorders, whereas 48.7% did not face any sleeping problems.

### **Relationship with the patient**

The majority of caretakers did not discuss (23.7%) with their patient his/her medical condition or did discuss it but usually tried to avoid it (39.5%), whereas 36.8% usually discussed it with their patient. The majority of the patients (48.7%) had not altered their personality or behaviour, in 38.2% it had become worse and in 13.1% it had improved.

### **Autonomy**

The majority of caretakers (53.9%) participated in outdoor social activities; 22.4% rarely managed to attend such activities whereas 23.7% did not participate in any outdoor social activity. Many caretakers (34.2%) did not spend time for relaxation or entertainment, 34.2% rarely spent such time and only 31.6% managed to relax enough. Many participants (40.8%) were able to spend time or were willing to occupy themselves with other affairs as well; 32.9% rarely felt the same, whereas 26.3% were never able to do that.

### **Social support**

The majority of caretakers (75%) had regular contact with the rest of the family or other individuals (friends-neighbours-colleagues, etc.), 21.1% managed to have such contact but significantly less than before and 3.1% did not manage to maintain such contact at all. The majority of caretakers (78.9%) felt that their friends or social environment supported them, whereas only a minority felt that they had abandoned them usually (2.6%) or occasionally (18.4%). The majority of caretakers were usually (52.6%) or occasionally (22.4%) assisted in their tasks by individuals of the wider familial environment, whereas 25% were not assisted at all by other relatives. The majority also expressed their emotions to their relatives either usually (55.3%) or occasionally (31.6%) whereas 13.2% did not express them at all. Caretakers usually (80.3%) receive psychological support when they express such negative emotions, yet some either receive such support

reluctantly (13.2%) or others do not receive such support (6.6%) at all.

### **Psychological issues**

The majority of caretakers fear either usually (61.8%) or occasionally (30.3%) that a sudden adverse event might occur in their patient whereas 7.9% do not share the same fear. Usually (34.2%) or occasionally (34.2%) the caretakers find difficulty in obtaining a positive attitude regarding their present situation, whereas 31.6% do not share similar feelings. The majority of caretakers also have difficulty either usually (25%) or occasionally (40.8%) to express their emotions, whereas 34.2% do not have such difficulty. Furthermore, usually (47.4%) or occasionally (38.2%) the caretakers become emotional and only 14.4% do not have such feelings. There is also a considerable number of caretakers who either usually (28.9%) or occasionally (38.2%) feel worried about their own health status, whereas 32.9% do not worry at all. Depression or sadness is usually (48.7%) or occasionally (43.3%) felt by the caretakers and only 7.9% does not have such feelings. However, the majority of caretakers (68.4%) do not have feelings of guilt towards the patient and only 21.1% occasionally or 10.5% usually have such feelings.

### **Religious and spiritual issues**

We have to note that four out of 76 caretakers refused to answer the questions of this section because of personal reasons. The majority of caretakers either definitely (87.5%) or probably (9.7%) seem to believe in God whereas 2.8% do not. In 75% of caretakers their faith has not been affected due to the disease of their beloved one, in 22.2% it has increased and in only 2.8% it has been negatively affected. Yet the majority either rarely (54.2%) or never (11.1%) go to church, whereas 34.7% regularly do. Also, the majority of caretakers never (73.6%) or rarely (16.7%) consult a priest or a monk regarding their problems, whereas 9.7% regularly do that. In 75% of the participants priests never visit them or their patient at home, whereas 16.7% rarely and 8.3% regularly receive such visits. According to the caretakers' opinion a severe disease is not related to God (76.4%) or it is either God's will (16.7%) or God's punishment (6.9%). Furthermore, two caretakers refused to answer whether they believe in resurrection and post-mortem life, which was supported by 60% of caretakers (men 46%, women 62%) whereas 40% did not believe in it.

### Financial issues

Financial hardship or pressure due to increased spendings because of the patient's disease was faced by 51.3% and 31.6% of caretakers respectively. Only 17.1% did not feel any financial pressure. The majority of caretakers (67%) had difficulty working and their income was low because of the disease of their beloved one, whereas 33% did not face such difficulties. It must be noted however, that among those who answered negatively regarding low income and job difficulties there were many pensioners not facing the need to work. Finally, insurance companies cover either all (46.1%) or most (34.2%) of the increased cost due to the disease whereas only in 19.7% of the participants they do not cover it at all.

### DISCUSSION

This study has demonstrated that the caretaker is the closest contact of the terminal illness cancer patient, constantly being responsible for the care of the patient, a fact that has also been reported in other studies as well.<sup>8</sup>

The main task of cancer patient care is undertaken by the spouse, as well as by a considerable number of patient's children who might live or not at the same house. Those living with the patient are affected by the patient's condition, especially their children that participate emotionally in every possible outcome, whether good or bad.

Special care and handling is necessary for small children and adolescents. In very sensitive familial situations, small children are usually isolated in an effort to 'protect' them from negative emotions created by viewing the patient's suffering. However, children require to be integrated into the family core and make their voice heard and acknowledged. Although children need support and explanations, they might become means of support and consolation for their parents and other adults in the family.

The most essential requirement of caretakers and patients at home is pain alleviation. The majority of caretakers noted that their patient suffered mainly from pain and they faced difficulty managing it. Such difficulty has also been confirmed by other studies.<sup>9</sup> Some recent studies<sup>10,11</sup> have evaluated the administration of strong opioids in cancer patients and have concluded that fentanyl in the transdermal patch formulation can be used effectively and safely for pain management in cancer patients while additionally being easy for caretakers to use.

Studies have demonstrated that 10% of people caring for a patient at home regard such task as a heavy burden.

Yet for the vast majority (85%) the feeling of satisfaction prevails.<sup>12</sup> In general cancer patients seem happy with the care received by their beloved ones at home; however, there are studies reporting insufficient care for patients,<sup>13,14</sup> who are more comfortable when in hospital or under the care of doctors.

The findings of the present study are in concordance with those presented in the literature<sup>15</sup> reporting that anxiety and depression are common in patients and their caretakers. These feelings might represent a reaction to the disease or they might result from it. These feelings are effectively managed with psychopharmacologic and psychotherapeutic approaches. Modern antidepressants and sleeping pills are better tolerated and might be safely administered or be withdrawn when the symptoms regress.<sup>16</sup>

Another issue that is scarcely reported in the literature is the presence of spiritual or religious problems.<sup>17</sup> Questionnaires measuring quality of life usually focus on the medical problems that caretakers face and it is generally unusual to discuss spiritual issues between researchers, patients and caretakers.

Fear about the patient's future is the most frequent spiritual problem caretakers are faced with. Most caretakers manage to solve their problems, such as lack of autonomy and bad mood which they develop during the period they care for the cancer patient, by themselves.

In Table 2 the 10 most frequent problems, which were reported by the study participants, are presented.

**Table 2** The 10 most frequent problems of caretakers

	<i>n</i>	%
1. Fear regarding the future	46	61.8
2. Distressing symptoms, pain, etc.	41	54
3. Problems with feeding the patient	45	50
4. Increased spendings-financial difficulty	37	51.3
5. Sadness or depression	36	48.7
6. Emotion	35	47.4
7. Worsening in personality and behaviour of the patient	29	38.2
8. Difficulty to perceive positive aspects in this difficult condition	27	34.2
9. Transfer to hospital	25	32.9
10. Practical help from the wider familial environment	19	25

*n*, number of caretakers.

We must acknowledge that our study was performed in a specific Mediterranean country presenting results that might differ in other populations. However, it is worth noting that such population is very homogenous regarding ethnic origin, religious beliefs and family values and such results might compare to other from other countries and health systems.

## CONCLUSION

The care of cancer patients at home presents a series of problems for caretakers many of which remain undetected. The diagnosis and acknowledgement of these problems by health workers might contribute to offering practical help and finding solutions in order to assist the difficult task of these people.

Illness and death was, is and will be an inevitable and integral part of human life. The way in which we recognize and manage the needs of a terminal disease patient and his family demonstrates the degree of each society's maturity.

## REFERENCES

- Govina O, Patiraki E. The family as provider of care for cancer patients with terminal disease. *Greek Nursing* 2005; **44**: 63–70.
- Gledhill J, Boisvert C, Thinlot C. Management of fatigue in oncology. *La Revue du Praticien* 2006; **56**: 2032–2036.
- Tsolaki E. The role of the public health nurse. 2004. Available from URL: <http://www.imlarisis.gr/main.php?p=498&more=1>. Accessed 14 February 2008.
- Tolle SW, Rosenfeld AG, Tilden VP, Park Y. Oregon's low in-hospital death rates: What determines where people die and satisfaction with decisions on place of death? *Annals of International Medicine* 1999; **130**: 681–685.
- Dawson NJ. Need satisfaction in terminal care settings. *Society of Science Medicine* 1991; **32**: 83–87.
- Wiggers JH, Donovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW. Cancer patient satisfaction with care. *Cancer* 1990; **66**: 610–616.
- Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schade E, Grol RPTM. Towards a new clinical tool for needs assessment in palliative care of cancer patients; the PNPC instrument. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; **28**: 329–341.
- Proot IM, Abu-Saad HH, ter Meulen RH, Goldsteen M, Spreeuwenberg C, Widdershoven GA. The needs of terminally ill patients at home: Directing one's life, health and things related to beloved others. *Palliative Medicine* 2004; **18**: 53–61.
- Hanks GW, Conno F, Cherny N *et al.* Morphine and alternative opioids in cancer pain: The EAPC recommendations. *The British Journal of Cancer* 2001; **84**: 587–593.
- Mystakidou K, Befon S, Kouskouni E *et al.* From codeine to transdermal fentanyl for cancer pain control: A safety and efficacy clinical trial. *Anticancer Research* 2001; **21**: 2225–2230.
- Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E *et al.* Pain management of cancer patients with transdermal fentanyl: A study of 1828 step I, II, & III transfers. *Journal of Pain* 2004; **5**: 119–132.
- Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR *et al.* Randomised controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 1992; **28**: 1317–1322.
- Wiggers JH, Donovan KO, Redman S, Sanson-Fisher RW. Cancer patient satisfaction with care. *Cancer* 1990; **66**: 610–616.
- Maguire P, Walsh S, Jeacock J, Kingston R. Physical and psychosocial needs of patients dying from colo-rectal cancer. *Palliative Medicine* 1999; **13**: 45–50.
- Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer Journal* 2006; **12**: 388–397.
- Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, Schade E, Grol RP. Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing* 2006; **29**: 378–388.
- Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine* 1995; **9**: 207–219.

## ANEXO 2- Autorização da Direção de Enfermagem para aplicação da sondagem de opinião

**Data:** Lisboa, 17 de Janeiro de 2013

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de questionário aos Enfermeiros do Serviço de Medicina III A, no âmbito do estágio, do Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, área de opção de Oncologia.

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a aplicação de questionários aos Enfermeiros do Serviço de Medicina III A, do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo HPV.

Os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

---